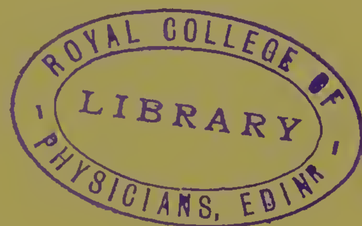
ATLAS DER VENERISCHEN AFFEKTIONEN DER PORTIO VAGINALIS UTERI UND DER VAGINA

VON DR. MORIZ OPPENHEIM
PRIVATDOZENT FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIDOLOGIE AN DER K. K. UNIVERSITÄT WIEN





LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1908.

Verlags-Nr. 1387.

K. u. k. Hofbuchdruckerei Carl Fromme in Wien.

Begleitwort.

Der Scheidenspiegel, nun bereits seit fast einhundert Jahren bekannt, hatte auf unseren Spezialgebieten zunächst keine gleichmäßige Fortentwicklung unserer Kenntnisse zur Folge. Das Gebiet der weiblichen Gonorrhoe war es zuerst, das eine Förderung erfuhr und die heute ja verlassene Ansicht von der Häufigkeit der Gonorrhoea vaginae war dem Scheidenspiegel zu danken. Sonst wurden nur die Tatsachen von der relativen Häufigkeit des syphilitischen Initialaffektes an der Vaginalportion, das Vorkommen von Ulcera mollia an derselben, auf Grund von Spiegeluntersuchungen festgestellt, so daß der Fernerstehende leicht hätte den Eindruck gewinnen können, daß der Schleimhaut der Vagina und Vaginalportion eine weitgehende allgemeine Immunität gegen Erkrankungen zukomme. An unseren lückenhaften Kenntnissen in diesem Gebiete sind nun wohl zwei Momente schuld, einmal die tatsächliche Seltenheit dieser Erkrankungen, dann aber der weitere Umstand, daß, ähnlich wie an der Mundschleimhaut, auch hier, infolge rein örtlicher Einflüsse, die verschiedensten Krankheitsformen ihre Charakteristika zum Teile einbüßen, ein gleichförmiges Aussehen erhalten, das deren Unterscheidung oft erst dann festzustellen gestattet, wenn charakteristische Effloreszenzen an der Haut sich vorfinden. Nachdem aber die Schleimhauterkrankung an Vagina und Portio auch allein und selbständig aufzutreten vermag, ist deren Erkennung, die Feststellung der unter den örtlichen Verhältnissen geänderten klinischen Charaktere, von wissenschaftlicher Bedeutung und sie gewinnt an praktischer Bedeutung in dem Augenblicke, in welchem ätiologisch bedeutungsvolle Prozesse, wie bei der Lokalisation selbstverständlich, wie Gonorrhoe, Ulcus molle und Syphilis, in den Bereich der differentialdiagnostischen Erwägungen eintreten. Ich habe es daher vom theoretisch-klinischen und vom praktischen Standpunkte gleich freudig begrüßt, daß Herr Dr. Oppenheim als Assistent der Klinik das ihm zur Verfügung stehende reiche Material systematisch und zielbewußt in der angegebenen Richtung bearbeitete und die Frucht seiner Arbeit in der Vorlage dem ärztlichen Publikum vorführt. Neben einem reichen

Materiale syphilitischer und venerischer Krankheitsformen findet der Interessent, — und Syphilidologe, Gynäkologe, Gerichts- und Polizeiarzt gehören hierher, — auch eine Sammlung der nicht venerischen Schleimhautaffektionen, die differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Es ist zweifellos, daß dieser Atlas eine Lücke ausfüllt, einem Bedürfnisse nachkommt und dies um so mehr, als die Abbildung durch das lebende Wort, den knappen, aber sachgemäßen, aus reicher Erfahrung geschöpften Text unterstützt wird.

Wien, Anfang August 1907.

Prof. Finger.

Vorwort.

Das Werk, das ich hiermit der Öffentlichkeit übergebe, will nichts anderes sein, als eine Sammlung naturgetreuer Abbildungen von Affektionen der Portio vaginalis uteri und der Vagina, denen der Dermato-Syphilidologe recht häufig begegnet und deren Diagnostizierung für ihn mit keinen besonderen Schwierigkeiten verbunden ist.

In erster Linie ist dieses kleine Bilderwerk, das die Frucht einer 7jährigen Tätigkeit an der Klinik für Syphilidologie und Dermatologie in Wien ist, für die Gynäkologen bestimmt, welche nur zu sehr geneigt sind, venerische Affektionen der Vaginalportion in den großen Topf der Erosion zu werfen. Dann für die Polizeiärzte und jene Ärzte, welchen die Untersuchung der öffentlichen und geheimen Prostituierten obliegt; wie oft sind durch Übersehen venerischer Affektionen im weiblichen Genitale Infektionen zustande gekommen!

Die Dermato-Syphilidologen seien auf die Abbildungen der sogenannten aphthösen Geschwüre, der makulösen und papulösen syphilitischen Exantheme und der Gummata aufmerksam gemacht, die zum Teil zum ersten Male im Bilde festgehalten sind.

Dem rein diagnostischen Zwecke des Werkes entsprechend, beschränkt sich der Text auf die klinische Beschreibung und auf die Differentialdiagnose; Häufigkeit der Erkrankungen, Ätiologie, Histologie und Therapie sind nur gestreift worden, die Literatur vollständig unberücksichtigt gelassen. Diese mögen in den einschlägigen Spezialarbeiten nachgelesen werden.

Die älteren Abbildungen, die im Besitze der Klinik sind, stammen von J. Heitzmanns und Dr. Hennings Hand. Sie sind die Minderzahl und manche der von Heitzmann gemalten wurden bereits reproduziert. (Mraček, Heitzmann.) Der Vermerk diesbezüglich befindet sich an dem entsprechenden Platze. Die Tafel XIX, vier Abbildungen von Portioerosionen darstellend, stammt aus J. Heitzmanns „Spiegelbilder der Vaginalportion" und wurde mit gütiger Erlaubnis des Autors und des Verlegers (Wilhelm Braumüller) zum Vergleiche den übrigen Tafeln angeschlossen.

Der grössere Teil der Abbildungen wurde vom akademischen Maler Jakob Wenzl unter meiner Leitung gemalt. Für die äußerst sorgfältige Ausführung sei den genannten Herren, sowie der Verlagsfirma mein bester Dank hier ausgesprochen.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. E. Finger, sage ich ebenfalls an dieser Stelle für das Interesse, das er dem Gegenstande entgegengebracht hat und für viele Förderung von ganzem Herzen innigsten Dank.

So möge denn das Büchlein den Zweck erfüllen, der dem Autor bei dessen Abfassung vorgeschwebt hat.

Wien, im Juli 1907.

Dr. M. Oppenheim.

Inhalt.

Einleitung.

Von den venerischen Affektionen der Portio vaginalis uteri waren es bisher eigentlich nur die syphilitischen Primäraffekte, denen ein größeres Interesse entgegengebracht wurde. Das Verdienst, die Aufmerksamkeit der Ärzte darauf gelenkt und die große Bedeutung der Primäraffekte der Portio erkannt zu haben, gebührt in erster Linie Mraček. Zwar hatten sich schon früher Ricord, Fournier, Tourcault, Siegmund etc. mit der Syphililis der Vaginalportion beschäftigt, aber erst Mraček war es vorbehalten, auf Grund von 24 beobachteten Fällen diese Frage zum Abschluß zu bringen.

Späterhin zogen noch Neumann, Rille, Rasumow etc. die Portiosklerosen in den Bereich ihrer Untersuchungen; wesentlich Neues diesbezüglich brachten sie nicht zutage.

Weniger abgeschlossen und klar ist der gegenwärtige Standpunkt unseres Wissens bezüglich der anderen venerischen Affektionen. Gelegentlich kommen Abbildungen von Ulcera mollia, syphilitischer Papeln und Gummata der Portio vaginalis vor, wie in J. Heitzmanns „Spiegelbilder der Vaginalportion", bei Ricord, Kaposi, Mračeks „Atlas der Syphilis" etc.; klinisch erschöpfende Abhandlungen, die alle Varietäten und die Verlaufsarten der genannten Affektionen darstellen würden, gibt es nicht.

Noch weniger werden die selteneren Affektionen der Portio, der Herpes, die Ulcera aphthosa, die Maculae gonorrhoicae, die Leukoplakie berücksichtigt.

Ganz besonders auffallend ist aber die Tatsache, daß alle genannten Portioaffektionen, ja sogar die Primäraffekte selbst in den Hand- und Lehrbüchern der Geburtshilfe und Gynäkologie zum Teil gar nicht berücksichtigt, zum Teil höchst stiefmütterlich behandelt werden.

Ich habe daher im folgenden den Versuch unternommen, die Affektionen der Portio und der Vagina, die der Dermato-Syphilidologe zu beobachten Gelegenheit hat, abzubilden, und zwar habe ich nur solche Fälle ausgewählt, die den Typus wiedergeben, also das Gewöhnliche.

Ausnahmsfälle und Raritäten habe ich, obwohl ich über Abbildungen verfügte, nicht aufgenommen, aus dem einfachen Grunde, damit die Verwirrung, die in puncto Diagnosenstellung herrscht, nicht erhöht werde.

Die Figuren wurden nach der Natur bei hellem Tageslicht gemalt; als Spekula bediente ich mich zumeist der Blattspekula, namentlich dort, wo es darauf ankam, die Portio vaginalis so weit als möglich zu Gesicht zu bekommen und eventuell Anteile der Vagina sichtbar zu machen; seltener verwendete ich Röhrenspekula, nämlich dort, wo nur die vordere Fläche der Vaginalportion in Betracht kam und das Cuscosche Spekulum. Es hätte sich vielleicht empfohlen, verbesserte Spekula, z. B. das von Foges zur Darstellung zu verwenden; allein, da es sich darum handelte, bei den Abbildungen Vergleichsobjekte zur Diagnosenstellung bei der Hand zu haben, so mußten die Zeichnungen so hergestellt werden, wie der praktische Arzt sich die Affektionen sichtbar machen kann. Die Abbildungen sind so angeordnet, daß zuerst seltenere, praktisch weniger wichtige Affektionen der Portio und Vagina abgebildet wurden, wie Herpes, Leukoplakia und Maculae gonorrhoicae portionis, die eventuell differentialdiagnostisch in Betracht kommen können; dann folgen die häufigeren Condylomata acuminata und aphthösen Geschwüre, bei denen keine Infektionsgefahr besteht; hierauf die nicht so selten vorkommenden Ulcera mollia und zum Schlusse die weitaus wichtigste Erkrankung der Portio und Vagina, die Syphilis mit ihren drei Stadien.

Den breitesten Raum nehmen natürlich die syphilitischen Affektionen ein, weil sie einerseits die bedeutungsvollsten, anderseits die häufigsten Portioerkrankungen sind. Unter ihnen mußten wieder aus denselben Gründen die Primäraffekte an erster Stelle vertreten sein. Von den sekundären und tertiären Krankheitserscheinungen an der Portio habe ich deshalb mehr Abbildungen gegeben, weil diese Affektionen auch von Syphilidologen wenig gekannt sind. Affektionen, die in das Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe gehören, habe ich nicht abgebildet; ich habe nur zum Vergleiche vier Abbildungen verschiedener Portioerosionen aus Heitzmanns Atlas entlehnt, weil ja diese es sind, die hauptsächlich differentialdiagnostisch in Betracht kommen.

Herpes, Leukoplakia, Maculae gonorrhoicae.

Tafel I.

Auf Tafel I sind 3 Fälle von Portioaffektionen abgebildet, die nicht sehr häufig vorkommen und auch praktisch genommen, sowohl in differentialdiagnostischer Beziehung, als auch in bezug auf pathologische Bedeutung ein geringeres Interesse in Anspruch nehmen. Trotzdem dürfen sie in einem Atlas, der die venerischen Affektionen der Portio vaginalis uteri wiedergeben soll, zum Vergleiche nicht fehlen.

Fig. 1 zeigt eine Bläscheneruption an der Vaginalportion, die mit dem Herpes progenitalis in Parallele zu setzen ist. Man sieht an beiden Lippen zum Teile vereinzelt stehende, zum Teile in Gruppen angeordnete Bläschen von Hirsekorn- bis Hanfkorngröße. Einzelne der Bläschen haben ein durchscheinendes Aussehen und enthalten ein wasserklares Serum, die Mehrzahl der Bläschen jedoch ist gelblich-eitrig getrübt. Sie sind von schmalen, hellroten Entzündungshöfen umgeben und konfluieren dort, wo sie in Gruppen stehen, zu unregelmäßigen, polyzyklisch begrenzten Figuren, die jedoch noch immer ihre Zusammensetzung aus einzelnen, schrotkorngroßen Bläschen erkennen lassen. Vereinzelt sieht man ein hanfkorngroßes, grauweißes Fleckchen.

An der hinteren Kommissur ist eine durch Platzen eines Herpes entstandene, polyzyklisch konturierte, übererbsengroße Erosion sichtbar.

Der Herpes portionis wurde von uns im großen und ganzen recht selten beobachtet (4 Fälle in 7 Jahren), wohl deshalb, weil die Bläschen nur sehr kurze Zeit als solche bestehen, in Analogie mit Bläscheneruptionen an anderen Schleimhäuten; und es ist wohl kein Zweifel, daß viele der Maculae portionis, der Erosiones folliculares und der Ulcera aphthosa follicularia an der Portio einer Herpeseruption ihre Entstehung verdanken. Ebenso ist es gewiß, daß diejenigen Hautkrankheiten, welche mit Blaseneruptionen einhergehen (Pemphigus chronicus, Erythema multiforme, Variola etc.) auch an der Portio- und Vaginalschleimhaut Blaseneruptionen verursachen können. Wir selbst konnten einen derartigen Fall an der Klinik nicht beobachten.

Die 4 Fälle von Herpeseruptionen an der Portio, die wir beobachten konnten, betrafen zweimal Gravide, die sich nahe dem Ende der Gravidität befanden, und zweimal Fälle, die an Herpes progenitalis litten.

Die Differentialdiagnose ist leicht. Von Ovula Nabothi (Retentionszysten) unterscheiden sich die Herpeseruptionen durch die Entzündungserscheinungen der Umgebung, durch den sehr kurzen Bestand, durch das gleichzeitige Vorhandensein der verschiedenen Stadien des Prozesses (klare Bläschen, eitrig getrübtes Pustelchen, rot oder grau belegte Erosion) und durch die geringere Größe. Eine klinische Bedeutung kann die Affektion nur dadurch erhalten, daß sekundäre Infektionen der erodierten Partien möglich sind. (Ulcera venerea, Ulcera aphthosa.)

Fig. 2 stellt eine ziemlich ausgedehnte Leukoplakie der Vaginalportion dar, wie wir sie nach Abheilung der verschiedensten Geschwürsprozesse und auch nach wiederholten Kauterisationen der Vaginalportion beobachten konnten.

Man sieht im Blattspekulum eine apfelgroße, halbkugelig vorspringende Portio eingestellt, deren queres Orificium die Portio in toto spaltet. Die Farbe der Schleimhaut ist weiß, glänzend, die Oberfläche zum größten Teile glatt. Die weiße Farbe verliert sich allmählich in die rosarote periphere Umgebung einerseits, anderseits geht sie gegen das Orificium zu in eine lebhaft rote, erodierte Partie über, die sich dann in den Cervikalkanal hinein verliert. Von dieser Erosion gehen feine parallele rote Streifen, senkrecht zum queren Orificium nach außen und verlieren sich dann als feine rote Sprenkelung.

Wir können im allgemeinen zwei Formen der Leukoplakie unterscheiden. Die Abbildung stellt die diffuse Form dar, bei der die Portio in toto weißlich verfärbt, die Schleimhaut glänzend ist, und bei der die veränderte Schleimhaut allmählich in normale Schleimhaut übergeht, im Gegensatze zur circumscripten Leukoplakie (z. B. Tafel XVII, Fig. 45), wobei die Leukoplakie nur eine Stelle anzeigt, wo Vernarbung stattgefunden hat, und deshalb circumscript und scharf begrenzt ist.

In Analogie mit den Leukoplakien der Mundschleimhaut kann die Leukoplakia oder Psoriasis mucosae portionis Furchen und blutende Rhagaden zeigen, sie kann sich wie im abgebildeten Falle, wo sie in den Cervikalkanal übergeht, in eine Erosion umwandeln, und schließlich kann es auch zur Argyrose durch Ablagerung von Silberkörnchen im Bindegewebe nach wiederholter Lapistouchierung kommen, wie wir in einem Falle beobachten konnten.

Die histologische Untersuchung eines Falles ergab dieselben Verhältnisse wie bei Psoriasis mucosae oris: Im Bindegewebe der

Mucosa nur geringe entzündliche Veränderungen, wie Erweiterungen der Gefäße, Vermehrung der fixen Bindegewebskerne und zahlreiche Rundzellen.

Das geschichtete Plattenepithel der die Leukoplakia umgebenden Schleimhaut zeigt typischen Bau; Basalzellen zylinderförmig, dann sich allmählich abplattendes Epithel und an der Oberfläche mehrere Lagen ganz platter, mit flachen, intensiv gefärbten, parallel zur Oberfläche gelagerten Kernen versehener Zellen. Wo die normale Schleimhaut in die psoriatische übergeht, treten in den noch kubischen Zellen feine Granula auf, Keratohyalinkörnchen, welche allmählich an Größe und Zahl zunehmen und bald 5 bis 6 Zellreihen füllen. Ein Stratum lucidum ist nicht sichtbar, sondern unmittelbar auf die granulierte Schicht folgen dann mächtige Lagen verhornter, kernloser Zellen, die dort, wo die Kerne lagen, Lücken zeigen, so daß ein sehr zierliches Netzwerk entsteht; nur sehr vereinzelt findet man in den Lücken dieses Netzwerkes einen runden, bläschenförmigen Kern. An der Oberfläche sind die Hornlamellen lockerer und in Abstoßung begriffen.

(Als Nebenbefund zeigt die Abbildung 2, rechts an der Portio zwei haselnußgroße polypöse Wucherungen.)

Fig. 3 stellt Maculae et Erosiones folliculares gonorrhoicae dar. Die blaß-violettrote Schleimhaut der Portio ist übersät mit hellgelbroten, unregelmäßigen Fleckchen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße. Durch Konfluenz entstehen unregelmäßig konturierte Figuren bis zu Erbsengröße. Diese Efflorescenzen liegen zum Teile im Niveau der Haut (das sind die größeren), zum Teile ragen sie ein wenig über das Niveau der Portioschleimhaut empor. Nur an wenigen der Efflorescenzen fehlt das Epithel und dann bilden sie kleinste, unregelmäßige Erosionen.

Wir haben hier jene Erscheinung an der Portio vor uns, die wir am äußeren Genitale als Maculae gonorrhoicae bezeichnen. Es besteht dabei in der Regel eine akute oder subakute Cervicitis; die erhabenen Stellen entsprechen geschwellten Follikeln, über denen die Schleimhaut dieselbe Veränderung zeigt, wie an den im Schleimhautniveau liegenden Fleckchen.

In differentialdiagnostischer Beziehung kommen hauptsächlich beginnende spitze Kondylome und das Exanthema maculosum syphiliticum der Portio vaginalis in Betracht. Bezüglich der ersteren ist zu erwähnen, daß beginnende spitze Kondylome viel dunkelroter sind, bei genauerem Zusehen bereits eine fein-drusige Oberfläche erkennen lassen und bei Berührung leicht bluten.

(Übrigens ist zu bemerken, daß Maculae gonorrhoicae, wenn sie erodiert sind, öfters Veranlassung zur Bildung spitzer Kondylome geben.)

Was das makulöse, syphilitische Exanthem betrifft, so verweise ich auf Fig. 33 der Tafel XII. Die Flecke bei dem syphilitischen Exanthem sind weniger unregelmäßig, mehr rund, sind dunkel-violettrot, gewöhnlich von normalem Epithel bedeckt und, wenn sie sich in Papeln umwandeln, nicht halbkugelig vorspringend, sondern plateauartig erhaben.

Die histologische Untersuchung eines Falles von Maculae gonorrhoicae portionis ergab folgende Verhältnisse: Das geschichtete Plattenepithel der Portio zeigt an der Oberfläche eine etwas stärkere Abstoßung; die Epithelzellen der tiefen Schichten sind stellenweise stark ödematös gequollen. Hie und da findet man im Epithel polynukleare Leukozyten. Die Papillen selbst sind etwas verbreitert, die Gefäße erweitert, von reichlichen Rundzellen umgeben. An zahlreichen Stellen findet man in den Papillen und in den darunter liegenden Schichten der Mucosa kleine Blutaustritte. Manchmal sieht man auch gelbes scholliges Pigment (Hämosiderin). Gonokokken konnten wir nicht nachweisen.

Condylomata acuminata.

Tafel II.

Die Condylomata acuminata der Vaginalportion und der Vagina sind sehr häufig anzutreffen, am häufigsten dann, wenn vermehrte Sekretion aus dem Muttermund besteht, also bei Cervicitis, Endometritis und während der Schwangerschaft. Mit dem gonorrhoischen Prozeß als solchem haben sie nichts zu tun.

Sie kommen im allgemeinen in zwei Formen vor: als schmal aufsitzende, papilläre, blumenkohl- und hahnenkammähnliche, mehr oder weniger rote und himbeerartige, leicht blutende Excrescenzen und anderseits als breiter aufsitzende, weißgraue oder gelbliche, warzige, trockene Wucherungen.

Fig. 4 und 5 geben uns Beispiele der ersteren Art.

Fig. 4 zeigt Condylomata acuminata bei einer Graviden vom Beginne der Entwicklung bis zur ausgebildeten hahnenkamm- und blumenkohlähnlichen Wucherung. Man sieht an der durch die Gravidität blauviolett gefärbten und gelockerten Schleimhaut der Vagina und der Portio stecknadelkopfgroße Erhebungen der Schleimhaut von hellroter Farbe, dann schrotkorn- bis bohnengroße, schmal aufsitzende, ein starkes Vertikalwachstum zeigende Excrescenzen, drusig zerklüftet, von gelbroter bis roter Farbe. Bei Berührung bluten sie leicht und können auch leicht bewegt werden.

In Fig. 5 sehen wir etwas breiter aufsitzende, ebenfalls warzig zerklüftete, zum Teile in Gruppen stehende und unregelmäßig kontu-

rierte, bis erbsengroße Excrescenzen, deren Oberfläche etwas trockener aussieht, daneben einige rote, der Schleimhaut beraubte Stellen; an der queren Cervikalöffnung keine Zeichen eines Katarrhs.

In Fig. 6 der Tafel III ist die weiße, warzige Art des spitzen Kondylomes dargestellt. An der rosarot gefärbten Schleimhaut der klein-apfelgroßen, zapfenförmigen Portio finden wir drei etwa erbsengroße, weiße, feinwarzige, zerklüftete, breit aufsitzende, sich hart anfühlende Efflorescenzen; eine ebenso aussehende in der Mitte der hinteren Vaginalwand. Man könnte diese Efflorescenzen für eine besondere Art von Epithelwucherungen halten, wären nicht an den großen und kleinen Schamlippen zahlreiche, zum Teile konfluierte, typische spitze Kondylome zu sehen.

Diese Art der Condylomata acuminata (der histologische Befund ist identisch mit dem der ersten Art) kommt selten vor und zeigt keine Tendenz zu rascher Vergrößerung oder Vermehrung, wohl aber die erstere Art, die manchmal die Scheide in toto mit spitzen Kondylomen füllt. Sie können durch Druck gangränescieren; die Stellen, wo Kondylome abgefallen sind, können exulzerieren, auch sekundär infiziert werden.

Man beobachtet sie meist nur dann, wenn auch das äußere Genitale spitze Kondylome zeigt. Ein isoliertes Vorkommen von spitzen Kondylomen an der Portio oder an der Vagina ist sehr selten; es gibt auch keine Prädilektionsstellen.

Der histologische Befund unterscheidet sich in nichts von dem des Condyloma acuminatum des äußeren Genitale. Vielfach verzweigte, schmale und gefäßreiche Papillen sind von einem akanthotischen Epithel bedeckt. Die Basalzellenschicht ist unverändert; die Stachelzellenschicht bedeutend verbreitert und zeigt zahlreiche Mitosen. Das Stratum granulosum teils vorhanden, teils fehlend. Ein Stratum corneum nur in den Fällen der weißen, warzigen Art vorhanden.

Ulcera aphthosa.

Tafel III.

Fig. 7 der Tafel III stellt eine Affektion dar, die man gemeiniglich als Ulcera aphthosa bezeichnet. Man sieht auf der walnußgroßen, halbkugelig vorspringenden Vaginalportion, deren Schleimhaut rosarot gefärbt ist und deren queres Orificium mit einer vorderen Einkerbung versehen ist, einen schmetterlingförmigen, doppeltbohnengroßen Plaque, welcher rechts einen Teil des Orificiums umgibt und mit seinen Flügeln nach außen und vorne auf die rechte Hälfte der Portio sich erstreckt.

Der Plaque hat eine glatte Oberfläche, die durch einen gelblich-weißen, nicht wegwischbaren Belag gebildet ist. Um denselben herum läuft ein schmaler, lebhaft roter, sich scharf gegen die Umgebung abgrenzender Saum.

Im oberen Drittel der rechten Seite der hinteren Vaginalwand zeigt sich ein polyzyklisch konturierter, unregelmäßiger Plaque mit weißgelbem, glattem, nicht wegwischbarem Belage und einem intensiv roten, etwas breiteren Entzündungshofe. Beide belegten Substanzverluste liegen im Niveau der umgebenden Schleimhaut.

Aus der Krankengeschichte dieses Falles ergibt sich, daß an der Clitoris ein Herpes praemenstrualis bestanden hat, aus dem sich zwei diphtheritisch belegte Geschwüre entwickelten. (Siehe Krankengeschichte.) Es ist anzunehmen, daß dieser Fall jene Formen der sogenannten Ulcera aphthosa zeigt, die sich aus Herpesefflorescenzen nach Platzen der Blasen entwickeln.

Fig. 8 stellt einen klassischen Fall der aphthösen Geschwürsbildung an Portio und Vagina dar.

Von der vorderen Muttermundlippe erstreckt sich in den vorderen Fornix ein biskuitförmiger Plaque von fast Doppeltkreuzergröße. Die Ränder desselben sind scharf und unregelmäßig. Sie sind größtenteils umgeben von sehr schmalen, lebhaft roten Säumen, die sich ihrerseits scharf gegen die umgebende Schleimhaut abgrenzen. Der Plaque stellt eigentlich einen graugelbweißen Belag dar, welcher vollständig glatt ist, sich nicht ablösen läßt und im gleichen Niveau wie die umgebende Schleimhaut liegt.

An der Vaginalschleimhaut finden sich an den verschiedensten Stellen zum Teile runde, zum Teile unregelmäßig begrenzte, analog aussehende Plaques von verschiedenster Größe, dazwischen einzelne unregelmäßig begrenzte, zum Teile dunkel gerötete, zum Teile matt gelbliche Stellen der Schleimhaut, ohne Epitheldefekte.

Die histologische Untersuchung des Belages und einer kleinen exzidierten Partie ergaben, daß es sich dabei um ganz oberflächliche, krupöse Entzündungserscheinungen der Schleimhaut handelt, wobei es zu einer Nekrose des Epithels und einer fibrinösen Exsudation ohne tiefere Gewebszerstörung kommt. Die Mucosa und die Submucosa zeigen dabei nur Entzündungserscheinungen verschiedenen Grades.

Echte krupöse respektive aphthöse Geschwürsbildung der Portio und Vagina haben wir sehr selten beobachtet. Bei einem Falle entstand die diphtheritische Entzündung im Anschlusse an eine Angina necroticans, wobei gleichzeitig Aphthen der Mundschleimhaut bestanden. Wohl die meisten der bei Aphthen und Ulcera aphthosa der Genitalschleimhaut bezeichneten Fälle entstehen im Anschluß an Herpeseruptionen und an Epitheldefekte verschiedener Ursache.

Die Affektion gibt eine günstige Prognose und heilt ohne Narbenbildung aus.

Über die Ätiologie ist nichts Sicheres bekannt.

Differentialdiagnose: Es kommen in erster Linie Ulcera venerea, dann erodierte syphilitische papulöse Efflorescenzen und schließlich syphilitische Primäraffekte in Betracht.

Das Ulcus venereum der Portio und Vagina hat einen eiterig gelben, leichter wegwischbaren Belag, mehr unregelmäßige, zackige Ränder, stärkere Entzündungserscheinungen in der Umgebung und ist entweder deutlich unter dem Niveau der Haut gelegen, vertieft, oder erhaben. Der Grund ist niemals glatt, sondern entweder fein drusig oder wie angenagt. Das Ulcus venereum ist inokulabel und zeigt im Anstrichpräparat Ducreysche Bazillen.

Papeln der Portio und Vagina können nur dann verwechselt werden, wenn sie exulzeriert und diphtheritisch belegt sind. Sie sind immer eleviert und haben keine oder nur ganz geringe Entzündungserscheinungen in der Umgebung. Die Oberfläche ist weniger glatt, meistens fein drusig, die Konturen sind immer rund oder polyzyklisch; der Belag ist leichter entfernbar.

Primäraffekte der Portio sind, wenn sie diphtheritisch belegt sind, und nur dann kommen sie differentialdiagnostisch in Betracht, ebenfalls kreisrund oder polyzyklisch begrenzt, zeigen keine Entzündungserscheinungen in der Umgebung, führen zu Induration der Portio, sind meist einzeln und haben, exulzeriert, eine mehr unregelmäßige, höckerige Oberfläche. Der Belag, der eine mehr gelbe Farbe zeigt, ist leichter wegwischbar.

Ulcera venerea.

Tafel IV.

Fig. 9 stellt ein großes Ulcus venereum der Vagina dar. Im Fornix rechts sehen wir ein etwa guldengroßes, zackig und buchtig konturiertes Geschwür, bedeckt mit einem eitriggelben Belag. Die Schleimhaut der Umgebung ist gerötet; die Rötung verliert sich allmählich. Das Geschwür erstreckt sich an der rechten Vaginalwand über den Fornix bis zur Portio. Der Belag ist abstreifbar.

Fig. 10 zeigt zwei große venerische Geschwüre der Vagina. Am Übergang der rechten Vaginalwand in den Fornix und von diesem auf die vordere Vaginalwand hinüberziehend sieht man ein landkartenähnlich konturiertes, 3 *cm* langes und $1^1/_2$ *cm* breites Geschwür, bedeckt mit einem hellgelben Belage. Die Ränder des Geschwür sind stellenweise unterminiert, zackig und buchtig, umgeben von einem bis 2 *mm*

breiten, teils scharf begrenzten, teils sich allmählich in die Umgebung verlierenden Entzündungshofe. Die Oberfläche ist fein drusig, uneben, der Belag nur schwer abstreifbar. In der Mitte des Fornix, am Übergange der vorderen Vaginalwand, findet sich ein längsgestelltes, 2 *cm* langes und 1 *cm* breites, unregelmäßiges, etwas erhabenes Geschwür mit buchtigen Rändern, mit einem eitriggelben, schwer wegwischbaren Belag von fein drusiger Oberfläche, umgeben von einem hellroten, sich allmählich in die Umgebung verlierenden Entzündungssaum.

Fig. 11 stellt einen Teil der rechten Vaginalwand in der Nähe des Fornix dar, an der drei in Reinigung befindliche venerische Geschwüre zu sehen sind. Man bemerkt drei linsen- bis erbsengroße unregelmäßig und zackig konturierte Substanzverluste mit unterminierten Rändern und unebener Basis, und stellenweise mit einem schmutzig graugelben, festhaftenden Belag bedeckt. — Die 3 Figuren stellen Ulcera venerea der Vagina in drei Typen dar, und zwar das elevierte, das vertiefte und das sich reinigende Ulcus.

Isolierte Ulcera venerea der Vagina kommen sehr selten vor; meistens sind sie vergesellschaftet mit Ulcera venerea der Portio und des äußeren Genitale. Sie können an den verschiedensten Stellen lokalisiert sein; am häufigsten sahen wir sie im Fornix und im unteren Drittel der hinteren Vaginalwand. Sie können oft bedeutende Größe erreichen. Sie heilen mit ganz oberflächlichen Narben und weißlichen Trübungen des Epithels ab.

Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich in Betracht: Ulcera aphthosa, traumatische Geschwüre, Primäraffekte, Papeln, Gummata und tuberkulöse Geschwüre.

Das Ulcus aphthosum der Vagina ist glatt, hat einen mehr grauweißen Belag, geringere Entzündungserscheinungen der Umgebung, ist nicht vertieft, nicht eleviert und nicht inokulabel. Der Belag ist beim Ulcus aphthosum nicht oder nur sehr schwer abstreifbar.

Traumatische Geschwüre haben je nach dem einwirkenden schädlichen Agens eine verschiedene Tiefe, keine unterminierten Ränder, die Belege sind mehr weiß, festhaftend, die Geschwüre sind meist solitär, haben sehr heftige reaktive Entzündungserscheinungen in der Umgebung.

Der Primäraffekt der Vagina ist rund oder oval, besitzt eine glatte Oberfläche, keine unterminierten Ränder, keine oder nur geringe Entzündungserscheinungen in der Umgebung und eine braunrote Farbe.

Papulöse Efflorescenzen sind, wenn sie exulzeriert sind, gewöhnlich rund, plateauartig erhaben, mehr weißlich belegt und zeigen ebenfalls keine höhergradigen Entzündungserscheinungen der umgebenden Schleimhaut und keine unterminierten Ränder.

Gummata der Vagina haben steil abfallende, scharfe, gewöhnlich runde Ränder, keine Entzündungserscheinungen in der Umgebung und besitzen einen speckigen Belag der Basis.

Tuberkulöse Geschwüre sind grau belegte, unregelmäßige von zugeschärften und weit unterminierten Rändern umgebene Geschwüre, die in der Umgebung kleine, hirsekorngroße Knötchen zeigen und stets schmerzhaft sind.

Tafel V.

Fig. 12 stellt ein großes venerisches Geschwür dar, und zwar jene Art, die wir als tiefgreifende Form des venerischen Geschwüres der Portio bezeichnen können. Rechts neben dem queren und ungekerbten Orificium der halbkugelig vorspringenden, überwalnußgroßen Portio zeigt sich ein nierenförmiges Geschwür, dessen Hilus dem Orificium zugekehrt ist. Es erstreckt sich fast symmetrisch auf beide Muttermundlippen und ist $2^1/_2$ *cm* lang und über 1 *cm* breit. Die Ränder des Geschwüres sind unterminiert, fein zackig und etwas aufgeworfen. Sie sind umgeben von einer Zone lebhaft geröteter Schleimhaut. Die Basis des 2 *mm* tiefen Geschwüres ist drusig uneben, wie zernagt, stellenweise mit einem gelbweißen, eitrigen Belage bedeckt. An manchen Stellen tritt die belegte Basis in Gestalt unregelmäßiger roter Fleckchen zutage.

Fig. 13 zeigt ein eleviertes Ulcus venereum der Portio vaginalis. Wir sehen rechts neben dem runden, ungekerbten Orificium der walnußgroßen, halbkugelig vorspringenden Portio vaginalis ein übererbsengroßes, unregelmäßig viereckiges Geschwür mit einem hellgelben Belag und einem schmalen, intensiv roten Saum. Das Geschwür ist ein wenig plateauartig erhaben, der Rand scharf als feiner Saum dem gelben Grunde dicht anliegend. Der Geschwürsgrund ist fein drusig und zeigt daneben gröbere Höcker; die Einsenkungen zwischen diesen sind nicht belegt, fleckig rot. (Fig. 11, 12, 13 stammen von derselben Patientin, die zweimal in kurzen Intervallen in die Klinik mit venerischen Geschwüren aufgenommen wurde; Fig. 11 und 12 bestanden zu gleicher Zeit, Fig. 13 4 Monate später.)

Fig. 14. Eingestellt ist die vordere Muttermundlippe bei dem Übergang in den Fornix. Das Orificium ist nicht sichtbar; die Portio ist halbkugelig, klein-apfelgroß. Wir sehen ein querovales, scharf begrenztes, etwas erhabenes Geschwür von einem schmalen, lebhaft roten Saum umgeben. Die Oberfläche des Geschwüres ist drusig uneben, stellenweise bedeckt von einem hellgelb eitrigen Belag. An manchen Stellen tritt die nicht belegte, hellrote, glatte Geschwürsbasis zutage. Rechts verliert sich das Geschwür fast unmerklich in die normale Schleimhaut. Es ist ein eleviertes venerisches Geschwür, in Reinigung und Ausheilung begriffen.

Fig. 15 zeigt die hintere Muttermundlippe mit einem elevierten venerischen Geschwür. Die Portio ist walnußgroß, halbkugelig vorspringend, das Orificium rund, nicht gekerbt, die Schleimhaut bläulichrot. Wir sehen zwei unregelmäßig begrenzte, leicht erhabene Geschwüre, voneinander durch einen schmalen, lebhaft roten Streifen geschieden; das linke Geschwür ist linsengroß, das rechte hat die Größe eines Hellers. Die hellgelben, eitrigen Belege, sind umgeben von lebhaft roten Entzündungssäumen, die sich stellenweise allmählich in die Umgebung verlieren. Die Oberfläche des Belages, der abstreifbar ist, ist fein gestichelt, stellenweise uneben.

Die letzten drei abgebildeten Geschwüre stellen jene Form des Ulcus venereum an der Portio dar, die man häufiger zu Gesicht bekommt, nämlich das Ulcus venereum elevatum. Diese Geschwüre entstehen auf dieselbe Weise wie die Ulcera venerea elevata der äußeren Genitalien. Die Ursache hierfür liegt in den günstigen Ernährungsbedingungen, die an der Schleimhaut der Portio gegeben sind. Die Basis des Geschwüres wächst in Papillen aus, die bald höher werden wie der unterminierte Rand und diesen schließlich bedecken. Ursprünglich ist jedes Ulcus venereum elevatum ein vertieftes Geschwür.

Tafel VI.

Fig. 16. Im Röhrenspekulum ist eine apfelgroße Portio eingestellt, deren Cervikalschleimhaut stark ektropioniert ist. Das Ektropium ist der Sitz eines überguldengroßen Substanzverlustes, der von polyzyklischen, scharfen Rändern umgeben erscheint. Die Oberfläche ist teilweise dick gelb eitrig belegt, zum Teile hellrot; die ganze Oberfläche ist fein drusig uneben und zeigt tiefere, teils bogenförmig verlaufende, teils unregelmäßige Furchen. Das Ulcus verliert sich nach innen in den quer gestellten Cervikalkanal und ist nach außen von einem schmalen, roten Saum begrenzt. Die Schleimhaut der Portio selbst ist blaßrosa. Die Figur stellt ein venerisch infiziertes Ektropium dar.

Fig. 17 zeigt ein ganz eigentümliches venerisches Geschwür. An der hinteren Cervikallippe findet sich ein fast guldengroßer, polyzyklisch und scharf begrenzter Substanzverlust, welcher nur wenig vertieft ist. Die Ränder sind stellenweise unterminiert, meistens scharf ausgeschnitten. Der Geschwürsgrund ist teils glatt, teils fein höckerig und dunkelrot, größtenteils aber mit einem gelbeitrigen Belag bedeckt. Die Grenze des Geschwüres nach vorne bildet der quere, halbmondförmig nach vorne gekrümmte Muttermund, an dessen vorderer Cervikallippe ein hanfkorngroßes, leicht vertieftes, eitrig belegtes Geschwürchen sichtbar ist. Das eigentümliche Aussehen dieses Geschwüres ist dadurch bedingt, daß es ich um ein venerisches Geschwür bei

einer Rezentsyphilitischen handelt, deren Primäraffekt an der Portio gesessen ist; es ist also als Ulcus venereum in syphilitica oder als Schankroid zu bezeichnen.

Fig. 18. Portio und vordere Vaginalwand sind sichtbar. Die Portio ist halbkugelig, etwa klein-apfelgroß, das Orificium quer, ohne Narben, die Schleimhaut dunkelrot. An der Vorderlippe sind zwei ziemlich tiefe, unregelmäßig und zackig konturierte Substanzverluste von Bohnen- und Hellergröße sichtbar. Beide sind umgeben von aufgeworfenen, stark unterminierten Rändern, deren entzündliche Rötung allmählich in die Umgebung ausklingt. Die wie zernagt aussehende Basis ist bedeckt von einem lebhaft gelben, eitrigen Belag. An der hinteren Cervikallippe findet sich ein parallel dem Orificium gestelltes, schmales, nierenförmiges Geschwür von dem gleichen Aussehen wie die an der Vorderlippe. Einen Zusammenhang mit dem Cervikalkanal haben die Geschwüre nicht.

An der vorderen Vaginalwand sieht man einen linsengroßen, unregelmäßig begrenzten, gelbrot belegten Substanzverlust.

Fig. 19 zeigt eine im Blattspekulum eingestellte, zapfenförmige, nußgroße Portio, an deren beiden Lippen, symmetrisch zu dem queren Orificium gelegen, zwei Substanzverluste von über Erbsengröße sichtbar sind. Dieselben sind nicht sehr vertieft, haben unregelmäßige Konturen, unterminierte Ränder, sind von lebhaft roten, allmählich in die Umgebung ausklingenden Entzündungshöfen umgeben und sind mit einem gelbweißen, eitrigen Belag bedeckt, welcher der unebenen Basis folgt.

Die letzten zwei Figuren zeigen uns wieder die Form des vertieften venerischen Geschwüres; die in Fig. 18 dargestellten könnte man wegen ihrer buchtigen, weithin unterminierten Ränder in Analogie mit den entsprechenden Ulcera venerea der äußeren Haut als Ulcera venerea serpiginosa bezeichnen.

Die elf Abbildungen der Tafeln IV, V und VI geben uns so ziemlich alle Typen der venerischen Geschwüre wieder, denen wir auf Portio- und Vaginalschleimhaut begegnen.

Die venerischen Geschwüre treten entweder in Form von seichten, zackig konturierten, gelb eitrig belegten und von roten Entzündungshöfen umgebenen Geschwüren mit unterminierten Rändern und mit fein drusiger oder mehr glatter Basis auf oder als stark vertiefte, wie angenagt aussehende, von weithin unterminierten Rändern umgebene, mit dickem gelben Eiter belegte Geschwüre mit grob höckeriger, unebener Basis oder aber als flach erhabene, von schmalen roten Säumen umgebene Geschwüre, die eine feindrusige Oberfläche mit gelb eitrigem Belag zeigen. Sie entstehen immer aus kleinen, vertieften, gelb eitrig belegten Geschwürchen, breiten sich rapid aus und erreichen oft be-

deutende Größe. Die Reinigung der Geschwüre erfolgt meistens vom Rande her; sie wandeln sich dann in rein granulierende oder nur ganz oberflächliche, seichte Substanzverluste um. Die Ausheilung erfolgt mit zarten, kaum sichtbaren, manchmal strahligen, bläulichweißen Narben.

An der Portio sind sie meistens vom Cervikalkanal getrennt; ein Unterschied in der Häufigkeit der Infektion der hinteren oder vorderen Cervikallippe wie bei dem Auftreten der Portiosklerose läßt sich nicht konstatieren.

Es kann eine Erosion in toto venerisch infiziert sein, ebenso eine ektropionierte Schleimhaut.

Dadurch, daß die venerischen Geschwüre bei rezentsyphilitischen Weibern vorkommen, können sie sich in ihrem klinischen Aussehen ändern, indem ihre Begrenzungslinien mehr rund, die Ränder weniger unterminiert, die Basis mehr glatt werden. Ein isoliertes Vorkommen der venerischen Geschwüre an Portio und Vagina gehört zu den größten Seltenheiten; meistens sind sie vergesellschaftet mit venerischen Geschwüren am Genitale und am After. Es kann manchmal der Fall sein, daß das infizierende Sekret der venerischen Geschwüre des äußeren Genitale in die Vagina und an die Portio durch Coitus, Spiegeluntersuchung, durch Spülungen etc. gebracht wird. Man kann auch das umgekehrte Verhalten beobachten, daß das primäre venerische Geschwür an Portio oder Vagina sitzt und daß das aus den Genitalien abfließende Sekret das äußere Genitale und die Umgebung des Anus infiziert. In solchen Fällen findet man eine Aussaat junger venerischer Geschwüre an der hinteren Kommissur, am Perineum und circa Anum.

Die venerischen Geschwüre sind sehr leicht inokulabel. In den meisten der abgebildeten Fälle gelang es uns, an der Haut des Oberarmes der betreffenden Patientin Inokulationsgeschwüre zu erzeugen, die den Typus des venerischen Geschwüres an der äußeren Haut zeigten.

Drüsenschwellung in inguine bei isoliertem Vorkommen venerischer Geschwüre an der Portio und im oberen Drittel der Vagina konnten wir nicht beobachten; doch muß daran gedacht werden, daß die Möglichkeit der Vereiterung einer retroperitonealen Lymphdrüse im Anschlusse an ein Ulcus venereum der Portio gegeben ist.

Die Ursache des venerischen Geschwüres ist der Ducreysche Bazillus, der in den meisten der von uns abgebildeten Fälle im Sekret, im Gewebe und in Inokulationsgeschwüren nachgewiesen werden konnte. Er stellt ein 1·5 μ langes und 0·6 μ breites Stäbchen dar, das im Eiter häufig Biskuitform zeigt und oft staketenförmig, zum Teil auch intrazellulär gelagert ist. Es ist mit Methylenblau, Fuchsin, Gentianaviolett etc. leicht färbbar und entfärbt sich nach Gram. Der Bazillus ist auf Blutserum kultivierbar, aber nur unter gewissen, genau einzuhaltenden Bedingungen.

Die histologische Untersuchung ergibt ein sehr reichliches Infiltrat, das aus Rundzellen und polynuklearen Leukozyten besteht und das ziemlich tief in die Mucosa und auch in die Submucosa hineinreicht. Am Rande des Infiltrates sind die Schleimhautpapillen verlängert, verschmälert, die Epithelzapfen dementsprechend verbreitert, vertieft, das Epithel selbst von polynuklearen Leukozyten durchsetzt. Die Oberfläche zeigt massenhaft polynukleare Leukozyten, Detritus, Serum, Fibrin und eine Menge von Bakterien, Stäbchen und Kokken, die sich nach der Tiefe zu verlieren, in der man dann nur zwischen den Zellen des Infiltrates Ketten von ganz kurzen Bazillen nachweisen kann, die sich nach Gram entfärben; es ist dies der von Unna als Streptobazillus beschriebene Ducreysche Bazillus.

Differentialdiagnose: Die venerischen Geschwüre der Portio können verwechselt werden: In erster Linie mit syphilitischen Primäraffekten, exulzerierten syphilitischen Papeln, Gummen, aphthösen und tuberkulösen Geschwüren, in zweiter Linie mit traumatischen Geschwüren und mit belegten Erosionen.

Der syphilitische Primäraffekt ist kreisrund konturiert, seine Ränder liegen im Niveau der umgebenden Haut und sind nicht unterminiert, seine Basis ist glatt, wenn nicht belegt, braunrot glänzend, wenn belegt, mehr grauweiß. Der Belag ist schwerer entfernbar, das Geschwürssekret nicht inokulabel. Im Sekret sind nicht Ducreysche Bazillen, sondern Spirochaetae pallidae nachweisbar.

Die exulzerierte syphilitische Papel ist ebenfalls mehr rund begrenzt, hat nicht unterminierte Ränder, ist plateauartig erhaben, hat eine mehr glatte Basis und zeigt geringere Entzündungserscheinungen in der Umgebung; sie ist nicht inokulabel, im Sekret Spirochaetae pallidae nachweisbar.

Die Gummata der Portio sind, abgesehen von ihrer großen Seltenheit, sehr tiefgreifende Geschwüre mit steil abfallenden Rändern, mit speckig belegtem Grund, die Grenzen sind scharf, Entzündungserscheinungen der Umgebung fehlen; sie sind nicht inokulabel.

Ulcera aphthosa sind seicht, fast im Niveau der umgebenden Schleimhaut, haben keine unterminierten Ränder und einen festhaftenden, mehr grauweißen Belag; sie sind nicht inokulabel.

Tuberkulöse Geschwüre können nur mit der vertieften Form des Ulcus venereum verwechselt werden. Sie haben mehr zugeschärfte, unterminierte Ränder, keine gelbeiterig, sondern eine mehr grau belegte unebene Basis, zeigen in dieser oder in den benachbarten Randpartien bis hirsekorngroße graue Knötchen und kommen fast ausschließlich bei hochgradig tuberkulösen Frauen vor. Sie sind auf Berührung sehr schmerzhaft und zeigen keine Neigung zur Heilung.

Traumatische Geschwüre haben nicht unterminierte Ränder, meist festhaftenden, grauweißen Belag; sie zeigen sehr starke reaktive Entzündungserscheinungen in der Umgebung, sind niemals eleviert und sind vereinzelt.

Belegte Erosionen der Portio besitzen häufig scharfe nicht buchtige Grenzen, haben keine unterminierten Ränder, bluten sehr leicht und stehen immer mit dem Cervikalkanal in direktem Zusammenhang. Ihre Oberfläche ist glatt.

Syphilis I. Primäraffekte.

Tafel VII.

Fig. 20. Im Blattspekulum sind eine apfelgroße Portio und die hintere Vaginalwand eingestellt. Das Orificium ist quer, halbmondförmig nach vorne gerichtet, konzentrisch umgeben von einem kreisrunden, wie mit dem Zirkel gezogenen, kronengroßen Substanzverlust von dunkelrotbrauner Farbe und mit glatter, nicht blutender Basis. Der Rand ist scharf, nicht unterminiert, das Geschwür leicht erhaben. Im Fornix und an der hinteren Fläche der Vagina finden sich leicht graugelb belegte, scharf begrenzte, runde, von schmalen, dunkelrotbraunen Säumen umgebene, bis linsengroße Efflorescenzen. Im Cervikalkanal ist kein Sekret sichtbar, die Schleimhaut selbst ist livide verfärbt.

Es ist dies ein Primäraffekt an der Portio, wahrscheinlich zustande gekommen durch Infektion einer Erosion. Außerdem bestehen lentikuläre, erodierte Papeln im hinteren Scheidengewölbe und an der hinteren Vaginalwand.

Fig. 21. Wir sehen die blaurot verfärbte, sehr stark vergrößerte Portio hauptsächlich mit ihrer hinteren Lippe eingestellt. Das Orificium ist quer, um dasselbe, aber namentlich die hintere Lippe betreffend, ein scharf begrenzter, ziemlich tief greifender Substanzverlust von dunkelroter Farbe, umgeben von einem nicht unterminierten, scharfen Rande. An der Vorderlippe ist das Geschwür seichter, vielfach gefurcht. Aus dem Cervikalkanal kommt kein Sekret, die Schleimhaut selbst ist livid rot verfärbt.

Die Figur stellt eine exulzerierte Sklerose des Orificium externum uteri dar.

Tafel VIII.

Fig. 22. (Portio allein abgebildet als Fig. 3 im Archiv für Dermatologie, Mraček: Die syphilitische Initialerkrankung der Vaginalportion.) Die Vaginalportion ist mächtig vergrößert; sie findet in dem Blattspekulum kaum Platz. Fast die ganze sichtbare Oberfläche der Portio ist von

einem talergroßen, gegen die Umgebung scharf abgegrenzten Geschwür eingenommen, das durch den quer verlaufenden Muttermund in zwei symmetrische Hälften geteilt wird. Es ist in sehr großer Ausdehnung mit einem gelbroten, festhaftenden Belag bedeckt; die Basis ist glatt, der wellige Rand etwas erhaben. An der linken Vaginalwand, die neben dem Spiegel hervorragt, sieht man mehrere erbsengroße, elevierte, speckig belegte, scharf begrenzte Substanzverluste; an den geschwollenen Labien diphtheritische, elevierte Papeln.

Eine mächtige Portiosklerose des Orificium externum uteri, diphtheritisch belegt mit konsekutiven papulösen Eruptionen des äußeren Genitale.

Fig. 23. Man sieht in das Blattspekulum hineinragen eine etwa walnußgroße, halbkugelige, rosarot gefärbte Portio mit einem queren Orificium, das nach oben zwei tiefe Furchen aufweist. An beiden Cervikallippen, symmetrisch vom Orificium gelagert, aber ohne Zusammenhang mit diesem, bemerkt man zwei oberflächliche Substanzverluste von polyzyklischem Kontur mit gelbgraurötlich gesprenkelter Oberfläche. Der Rand ist scharf, in seiner Umgebung keine Entzündungserscheinungen. Der Grund ist größtenteils glatt, zum Teile uneben höckerig; kein Ausfluß aus dem Cervix.

Die Figur stellt syphilitische Primäraffekte auf beiden Muttermundlippen dar.

In Fig. 24 sind eine Sklerose der Portio und drei Sklerosen der Vagina abgebildet. Wir sehen an der walnußgroßen, zapfenförmigen Portio, deren queres Orificium zwei nach vorne gelegene Einkerbungen zeigt, rechts neben dem Orificium, von der vorderen auf die hintere Lippe übergreifend, einen bohnenförmigen, hellergroßen Substanzverlust mit scharfen, runden, leicht erhabenen Rändern und mit glattem, gelblich belegtem, ein wenig vertieftem Grunde; in der Umgebung keine Entzündungserscheinungen. An der hinteren Vaginalwand sehen wir drei im Kreise angeordnete, bohnengroße, ovale Substanzverluste mit scharfen, etwas elevierten, rotbraunen Rändern und leicht vertieftem glatten Grunde. Die Schleimhaut der Portio und Vagina hat ein rosarotes Kolorit; aus dem Cervikalkanal kommt kein Sekret.

Tafel IX.

Fig. 25 stellt eine diphtheritische Sklerose der Portio vaginalis sowie der Vagina dar. (Die Portio allein ist abgebildet als Fig. 4 im Archiv für Dermatologie 1881.) Mraček beschreibt sie folgendermaßen: „Die Vaginalportion, mäßig nach rückwärts gewendet, ragt als ein unten abgeplatteter Zylinder im vorderen Laquear $1^1/_2$ *cm*, im hinteren

$2^1/_2$ *cm* in die Scheide vor. Der Breitendurchmesser ist 3 *cm* mit einem Orificium von 1 *cm*, der Sagittaldurchmesser $3^1/_2$ *cm*. Fast die ganze Platte des Zylinders nimmt ein an den Rändern eleviertes Geschwür ein, dessen flacher Grund durchwegs speckig belegt und mit einigen durch tieferen Zerfall entstandenen seichten Einkerbungen versehen ist, die gegen das Orificium hinziehen. Das ganze kreisförmige Geschwür ist dem linken Rande der Vaginalportion näher gelegen, so daß das Orificium exzentrisch nach rechts im Geschwür zu liegen kommt."

An der hinteren Wand der Vagina findet sich ein ovaler, scharf begrenzter, bohnengroßer, speckig belegter, glatter, plateauartig erhabener Substanzverlust, von einem dunkelbraunroten Saum umgeben. Die großen Labien, namentlich das linke, sind stark ödematös geschwollen und bedeckt mit zerfallenden, zusammenfließenden Papeln.

Fig. 26. Das Blattspekulum zeigt eine apfelgroße Portio mit einem queren, klaffenden Orificium. Auf den Cervikallippen findet sich ein scharf begrenzter, guldengroßer Substanzverlust, welcher von dem queren Orificium in zwei symmetrische Hälften zerlegt wird. Der Substanzverlust ist sehr tief, mißfarbig, schmutziggelbgrau belegt, die Ränder sind aufgeworfen, scharf und unregelmäßig. Der Substanzverlust geht unmittelbar in das Orificium über. An der Innenfläche des rechten kleinen Labiums findet sich eine typische, erodierte Sklerose von über Erbsengröße.

Die Abbildung stellt eine gangränös zerfallene Sklerose dar, entstanden durch Infektion des äußeren Muttermundes.

Tafel X.

Fig. 27. Die Portio allein ist abgebildet als Fig. 2 in der Abhandlung Mračeks im Archiv für Dermatologie 1881 und in seinem Atlas der Syphilis, ebenso bei Heitzmann. Mraček beschreibt folgendermaßen: „Die Vaginalportion vergrößert, beide Lippen etwas abgeplattet, das querspaltige Orificium, dessen Rand nicht mehr scharf markiert erscheint, ist an beiden Seiten namentlich links, narbig eingezogen. An der Vorderlippe, etwas nach links, hart am Orificium, befindet sich eine scharf umschriebene, leicht elevierte Sklerose mit einer zumeist diphtheritisch belegten, stellenweise mit kleinen Hämorrhagien versehenen Oberfläche. Die übrige Schleimhaut der Vorderlippe, sowie die der Hinterlippe ist um das Orificium gelockert und hochrot injiziert. Beim Touchieren läßt sich in der geschwellten Vaginalportion ganz deutlich der knorpelharte Knoten abgrenzen. An der Innenfläche der rechten kleinen, ödematösen Schamlippe, etwas unter der Mitte, sieht man eine erodierte, mäßig nässende, stellenweise mit einem Narbensaum versehene Sklerose. Eine kleinere, diphtheritisch belegte und sich knorpelig anfühlende, mäßig aus dem

Niveau hervortretende Sklerose befindet sich beiläufig in der Mitte der rechten Vaginalwand.

Die Figur stellt also eine diphtheritische Sklerose der Vaginalportion und der rechten Vaginalwand dar.

Fig. 28. Die Vaginalportion erscheint im Spiegel walnußgroß, ungefähr halbkugelig, das Orificium rund. Konzentrisch als Kreisfläche, um das Orificium findet sich eine guldengroße, scharf begrenzte, kreisrunde, lebhaft braunrote, erodierte, lackartig glänzende Ulceration, die an einzelnen Stellen unregelmäßige, kleine, dunkelrote Fleckchen zeigt. Rechts gegen den Fornix, an der vorderen Lippe, sieht man den vorderen Anteil einer ebenfalls kreisrund begrenzten, kronengroßen, glatten und glänzenden, scharf begrenzten erodierten Efflorescenz; zwischen beiden ist die Schleimhaut blaß; am Orificium kein Sekret sichtbar.

Es ist dies der Typus des erodierten und nicht exulzerierten syphilitischen Primäraffektes an der Portio.

Fig. 29. Die im Röhrenspekulum eingestellte Portio ist sehr bedeutend vergrößert, die Schleimhaut von blaßbläulich-roter Farbe. Das Orificium ist quer oval, ohne Kerben und liegt exzentrisch innerhalb eines über guldengroßen, flachwellig begrenzten, scharfen, von der normalen Schleimhaut abgesetzten, sehr seichten Geschwüres. Der Grund des Geschwüres ist glatt, glänzend, braunrot, stellenweise gelb gesprenkelt, nicht blutend; im Cervikalkanal kein Sekret sichtbar.

Die Abbildung stellt eine erodierte Portiosklerose dar.

Tafel XI.

Fig. 30. Die Portio vaginalis ist apfelgroß, rund, sich halbkugelig vorwölbend, das Orificium quer gestellt. An der vorderen Muttermundlippe rechts sieht man einen etwa kronengroßen, unregelmäßig und buchtig konturierten, oberflächlichen Substanzverlust, bedeckt mit einem glatten, gelben Belag, umgeben von einem Saum einer düsteren, sich ziemlich scharf gegen die normale Schleimhaut abgrenzenden Rötung. Dieser Substanzverlust setzt sich mit einem landkartenähnlich konturierten Fortsatz gegen das Orificium fort, das in der Mitte eines grauweiß belegten Plaque liegt, der eine glatte Oberfläche besitzt, aber nicht von roten Bändern umgeben ist.

Die Figur stellt eine ganz eigentümliche Form einer diphtheritisch belegten Sklerose vor.

Fig. 31 zeigt eine typische, oberflächlich exulzerierte Sklerose der vorderen Muttermundlippe.

Die Portio ist kleinapfelgroß, das Orificium quer. Die vordere Muttermundlippe trägt in ihrer Mitte, ungefähr $1/2$ *cm* vom Orificium

entfernt, ein kreuzergroßes, kreisrundes, scharf begrenztes Geschwür mit gelbweißem Belag. Der Grund ist glatt, die Ränder wie ausgeschnitten, in der Peripherie ein scharf begrenzter, braunroter Saum.

Fig. 32. Eingestellt ist das linke Scheidengewölbe; die Vagina ist durch die beiden Blätter des Röhrenspekulums entfaltet. Man sieht einen kreuzergroßen, scharf begrenzten Substanzverlust, der keine Rötung in der Peripherie erkennen läßt. Der Substanzverlust hat eine glatte Basis, einen gelben Belag und fühlt sich sehr derb an; er ist eine diphtheritische Sklerose der Vagina.

Die Abbildungen der fünf Tafeln stellen so ziemlich alle Formen dar, unter welchen die Sklerose an der Portio erscheinen kann.

Was die Häufigkeit des Primäraffektes an der Portio betrifft, so ist sie lange Zeit unterschätzt worden. Die Häufigkeitszahlen der Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, werden um so größer, je jüngeren Datums die betreffende Arbeit ist (Fournier 13 : 249, Mracek 19 : 437, Neumann 115 : 757, Matzenauer 184 : 700 [149 an der Portio allein und 35 an Vagina und Portio]). Was unsere Erfahrungen diesbezüglich betrifft, so können wir die Häufigkeit der Portiosklerosen mit 8 bis 10% angeben. Meistens sind es Prostituierte, die mit Sklerose der Portio behaftet sind und unter diesen wieder solche, die bereits geboren haben.

Die Portiosklerose kann isoliert auftreten, sie kann auch vergesellschaftet sein mit Primäraffekten am äußeren Genitale (Tafel IX, Fig. 26, Tafel X, Fig. 27) oder mit Primäraffekten der Vagina (Tafel VIII, Fig. 24, Tafel X, Fig. 27). Selten sind mehrere Sklerosen an der Portio allein (Tafel X, Fig. 28). Häufig gibt die Sklerose an der Portio Veranlassung zur Entstehung von papulösen Efflorescenzen der Vagina (Tafel VII, Fig. 20, Tafel VIII, Fig. 22, Tafel IX, Fig. 25) und am äußeren Genitale. Diese Papeln erscheinen oft vor Ausbruch des Exanthems und wurden früher als prodromale Papeln aufgefaßt. Nach dem heutigen Stande des Wissens können wir sie wohl als Inokulationspapeln, durch das abfließende Sekret oder durch Kontakt erzeugt, auffassen.

In bezug auf das klinische Aussehen der Primäraffekte an der Portio müssen wir vor allem zwei große Gruppen unterscheiden: Primäraffekte, die mit dem Cervikalkanal in Zusammenhang stehen — dies sind die häufigeren, und sind wohl oft durch Infektion einer Portioerosion entstanden — und Primäraffekte, die keinen Zusammenhang mit dem Cervikalkanal aufweisen; diese sitzen meist an der vorderen Muttermundlippe.

Von beiden Arten können wir klinisch vier Formen aufstellen: die einfach erodierte Sklerose, die diphtheritisch belegte, die

exulzerierte und schließlich die gangränöse Form des Primäraffektes.

Die syphilitische Infektion der Portio verursacht fast immer in gewissem Sinne ein Oedema indurativum. Dies gibt sich kund in einer Vergrößerung der Portio, in einer dunkelroten Verfärbung der Schleimhaut und in einer fast knorpelharten Konsistenz, welche bewirkt, daß die Vaginalportion in das Spekulum hineinschnellt.

Die erodierte Sklerose des äußeren Muttermundes, wahrscheinlich durch Infektion einer vulnerabeln Portioerosion entstanden (Typus Fig. 28 und 29 der Tafel X und Fig. 20 der Tafel VII), ist ein sehr scharfer, kreisrund oder grobwellig begrenzter, kaum erhabener, glatter und glänzender, braunroter Plaque, welcher auf Berührung nicht leicht blutet. Die glatte Oberfläche ist manchmal ganz frei, manchmal stellenweise grauweiß fibrinös oder graugelblich eiterig belegt. Die umgebende Portioschleimhaut ist vollständig unverändert. Sie entspricht in gewisser Beziehung der Urethralsklerose des Mannes.

Die diphtheritisch belegte Sklerose (Fig. 25) des äußeren Muttermundes ist analog geformt, nur zeigt sich ein weißgelber, fest haftender, schwer entfernbarer Belag und die umgebende Schleimhaut weist Entzündungserscheinungen auf.

Der Rand ist niemals unterminiert, sondern liegt fast im Niveau der umgebenden Schleimhaut. Kommt es zur Exulzeration, so findet sich ein mehr oder weniger tiefer Substanzverlust mit scharfen, nicht unterminierten Rändern, mit einem gelbweißen, leichter wegwischbaren Belage und stärkeren Entzündungserscheinungen der Umgebung.

Bei Gangrän werden die Ränder mehr unregelmäßig, der Grund wird uneben, vertieft und bedeckt sich mit einem übelriechenden, mißfarbig graugelben Belag (Fig. 26).

Die analogen Verhältnisse finden wir bei jenen Primäraffekten, die nicht mit dem Muttermund in Verbindung stehen. Wir finden dann entweder glatte, scharf kreisrund begrenzte, rotbraune, im Niveau der Haut liegende, ganz oberflächliche, glänzende, nicht blutende Substanzverluste ohne Entzündungserscheinungen der umgebenden Schleimhaut, oder grauweiß belegte mit mäßigen Entzündungserscheinungen in der Umgebung (vgl. Tafel XI, Fig. 30); bei Exulzeration erhalten wir mehr oder weniger tiefe Substanzverluste mit glatter Basis und gelbweißem Belag, umgeben von scharfen, wie ausgeschnittenen, nicht unterminierten Rändern mit Entzündungserscheinungen der Umgebung. Es kann auch der Rand ein wenig eleviert sein; die Geschwüre sind dann tiefer greifend und die Basis mehr uneben, höckerig.

Wir müssen auch an die Möglichkeit denken, daß eine bereits bestehende Sklerose mit Ducreyschen Bazillen oder daß ein veneri-

sches Geschwür mit Syphilis infiziert werden kann und daß beide Infektionen gleichzeitig zustande kommen können. Dann müßte sich an der Portio ein chancre mixte entwickeln, dessen klinischer Charakter bald dem venerischen Geschwür, bald dem syphilitischen Primäraffekt näher steht. Ich konnte einen zweifellosen Fall dieser Art bisher nicht beobachten.

Der klinische Aspekt der Portiosklerose ist selbstverständlich auch verschieden, je nachdem man dieselbe kurz nach der Entstehung oder später bei Ausbruch des Exanthems oder schon beim Beginne der Vernarbung sieht. Die oberflächlich erodierten Sklerosen heilen mit ganz zarten Narben, die diphtheritischen und die exulzerierten, namentlich die tief exulzerierten und gangränösen Primäraffekte der Portiocrosionen heilen mit narbigem, manchmal stark schrumpfendem Bindegewebe aus und es ist bekannt, daß solche den Cervikalkanal konstringierende Narben nach Portiosklerose ein Geburtshindernis abgeben und Menstruationsbeschwerden hervorrufen können.

Die isoliert vom Cervix vorkommenden Primäraffekte hinterlassen nach ihrer Abheilung oft Leukoplakien.

Inguinaldrüsenschwellungen kommen bei Sklerosen an der Portio in der Regel nicht vor, da die Lymphe des Cervix sich in die retroperitoneal gelagerten Iliacaldrüsen ergießt. Wird Drüsenschwellung in inguine beobachtet, so ist sie entweder die Folge einer Sklerose des äußeren Genitales, des unteren Drittels der Vagina, oder sie gehört dann zu den allgemeinen Drüsenschwellungen kurz vor Ausbruch des Exanthems. Doch sind mir einige wenige Fälle bekannt, wo eine isolierte Portiosklerose in der vierten bis fünften Woche nach der Infektion isolierte Inguinaldrüsenschwellung veranlaßt hat. Dieses äußerst seltene Vorkommnis ist vielleicht so zu erklären, daß Anastomosen der Cervikallymphgefäße mit den Lymphgefäßen des Uteruskörpers und dieser mit den Lymphgefäßen des Ligamentum rotundum, die ihre Lymphe in die Inguinaldrüsen schaffen, existieren.

Die Sklerosen der Vagina sind viel seltener als die der Portio, wohl wegen der dicken Epithelschichte und der geringeren Vulnerabilität. Sie kommen am häufigsten im oberen Drittel und im Fornix vor, seltener im unteren Drittel und am seltensten im mittleren. Wir können im allgemeinen dieselbe Form und klinische Beschaffenheit wie bei den Portiosklerosen unterscheiden. Nur erscheinen entsprechend der Faltenbildung der Vagina die Grenzen unregelmäßiger; wir begegnen also weniger oft kreisrunden und ovalen Primäraffekten. Seltener ist die einfach erodierte Sklerose, am häufigsten die exulzerierte. Die Abheilung erfolgt mit einer Narbe, deren Oberfläche eine leukoplakisch veränderte Schleimhaut zeigt. Die Sklerosen des unteren Drittels der Vagina verursachen Inguinaldrüsenschwellung, die des oberen

Drittels geben ihre Lymphe den Lymphdrüsen des Cervix uteri und die des mittleren Drittels gehören zur untersten Drüse des Plexus iliacus.

Die Ursache der syphilitischen Infektion ist höchstwahrscheinlich die Spirochaete pallida. Man kann sie im Sekret der Portiosklerose nachweisen, wenn man die Vagina vorher mit destilliertem Wasser ausspült, die Portio mit Wattetampons gut reinigt und dann etwas Reizserum entweder durch Schaben an der Portiosklerose oder durch leichten Druck mit dem Löffelspekulum produziert. Dieses Serum untersucht man entweder nach einer der gebräuchlichen Färbemethoden oder direkt im Dunkelfeld. Man findet dann die Spirochaete pallida in ihrer typischen Erscheinungsform, wenn auch nicht so reichlich und konstant wie bei Sklerosen des äußeren Genitale. Sie zeigt sich unter dem Mikroskope bei Dunkelfeldbeleuchtung als eine lebhaft nach drei aufeinander senkrecht stehende Richtungen bewegliche Schraube mit zahlreichen, regelmäßigen, steilen Windungen, die die Spirochaete pallida im Gegensatze zu anderen ähnlichen Arten konstant beibehält. Im Anstrichapparat, nach Giemsa gefärbt, erscheint sie als ein zartes, blaßviolettrot gefärbtes Gebilde mit zahlreichen, regelmäßigen und steilen Wellen und zugespitzten Enden; mit Gentianaviolett läßt sich die Spirochaete pallida etwas intensiver färben und ihr Querdurchmesser erscheint dann etwas dicker.

Die histologische Untersuchung ergibt ein dichtes Rund- und Plasmazelleninfiltrat, welches sich tief in die Mucosa erstreckt. Durch das Plasmazelleninfiltrat werden die Bindegewebsbündel auseinander getrieben, zum Schwinden gebracht, ebenso die elastischen Fasern. Dort wo die Sklerose exulzeriert oder erodiert ist, findet man Fibrin, polynukleare Leukozyten, Detritus. Das Epithel verliert sich am Rande allmählich, zeigt keine ausgesprochene Verbreiterung der Epithelzapfen und wenig tiefes Hineinragen in das Bindegewebe der Schleimhaut und ist von polynuklearen Leukozyten durchsetzt. Je tiefer man in das Infiltrat kommt, um so mehr nehmen die Rundzellen ab und die Plasmazellen zu und in den tiefsten Schichten findet man ausschließlich Plasmazellenmäntel um die Blut- und Lymphgefäße. Ferner findet man Veränderungen der Lymphgefäße, der Venen, weniger der Arterien, bald die Intima, bald die Media, bald die Adventitia betreffend. Die sonst für luetische Prozesse charakteristische Endarteritis findet man bei der Portiosklerose weniger ausgesprochen. In nach Bertarelli und Volpino auf Spirochaeten gefärbten Präparaten findet man dieselben im Bindegewebe, hauptsächlich in der Wandung der Gefäße, auch in deren Lumen; in der Peripherie der Sklerose, an der erodierten und exulzerierten Oberfläche, da wo die polynuklearen Leukozyten reichlich sind, findet man keine Spirochaeten; in den Lymph- und Blutgefäßen, sowie auch zwischen den Plasmazellen hingegen ziemlich reichlich. Es entspricht also im großen und ganzen die

Lage der Spirochaeten bei der Portiosklerose den bei Sklerosen an der Haut gemachten Erfahrungen.

Differentialdiagnose: In Betracht kommen in erster Linie die *Erosionen der Portio vaginalis*, in zweiter Linie die *Ulcera venerea*, *Papeln an der Portio* und *Ulcera aphthosa*. (Zum Vergleiche diene die aus J. *Heitzmanns* „Spiegelbilder der Vaginalportion" zusammengestellte Tafel XIX von vier erodierten und ektropionierten Vaginalportionen.)

Die Differentialdiagnose gegenüber der *einfachen Portioerosion* ist natürlich nur in den Fällen schwierig, wo die Portiosklerose durch Infektion einer Portioerosion zustande gekommen ist, und diesbezüglich ist folgendes zu bemerken: Bei der einfachen Portioerosion ist der Cervix weich, schnellt nicht in den Spiegel, seine Schleimhaut ist nicht dunkelrotbraun gefärbt. Die Erosion selbst ist hellrot, meistens nicht sehr scharf begrenzt, die Oberfläche ist weniger glatt. sie blutet auf Berührung leicht. Ist sie belegt, so ist der Belag leicht abstreifbar. Sind die Grenzen einer Erosion scharf, so sind dieselben unregelmäßig, buchtig oder zackig. In der Regel sieht man keine scharfen, kreisrunden Konturen (vgl. Tafel XIX, Fig. 4).

In Fig. 2 der Tafel XIX sieht man eine *follikuläre Erosion* einer ektropionierten Schleimhaut. Sie unterscheidet sich jedoch, abgesehen von den anderen eben angeführten Momenten, durch die Unebenheit der Basis und durch den unregelmäßigen Kontur. Dasselbe gilt auch gegenüber der *papillären Erosion*.

Von den *Ulcera venerea* — wobei ja nur die diphtheritisch belegten und exulzerierten Sklerosen gegen die vertieften Ulcera venerea in Betracht kommen — unterscheidet sich die Portiosklerose, abgesehen vom bakteriologischen Verhalten, durch den nicht unterminierten Rand, durch den scharf kreisförmigen Kontur, durch die glatte Basis und durch den mehr weißen, festhaftenden Belag, während beim Ulcus venereum der Rand zackig konturiert, unterminiert, die Basis uneben, der Belag gelb eitrig und leicht entfernbar ist. Dabei bestehen viel lebhaftere Entzündungserscheinungen in der Umgebung als bei der Portiosklerose.

Gegenüber *exulzerierten Papeln* an der Portio ist anzuführen, daß diese eleviert sind, bei Konfluenz immer den Aufbau aus einzelnen papulösen Efflorescenzen erkennen lassen; wenn sie nicht konfluiert sind, in der Mehrzahl vorkommen, eine weniger glatte Basis, einen leichter wegwischbaren Belag besitzen und plateauartig erhaben sind.

Ulcera aphthosa sind unregelmäßig konturiert, glatt, erzeugen keine Verhärtung der Portio; sie haben einen grauweißen, fest haftenden Belag, sind von Entzündungshöfen umgeben und kommen ebenfalls in der Mehrzahl vor.

Gewisse Schwierigkeiten mithin macht die Differentialdiagnose nur der einfachen Erosion gegenüber. In zweifelhaften Fällen wäre eine Untersuchung auf Spirochaeten zu machen. Der positive Nachweis im Geschwürssekret entscheidet für die Diagnose Syphilis. Bei negativem Ausfall der Untersuchung käme eventuell eine Inokulation auf den Affen oder die histologische Untersuchung mit Spirochaetenfärbung nach Levaditi in Betracht.

Syphilis II. Maculae, Papulae.

Tafel XII.

Fig. 33. Man sieht in einem Röhrenspekulum eingestellt eine halbkugelig vorspringende, etwa apfelgroße Portio mit querovalem Orificium, das keine Einkerbungen zeigt; die Schleimhaut ist livid rot. An der hinteren Cervikallippe, rechts auch auf die vordere übergreifend, sieht man zahlreiche stecknadel- bis fast linsengroße Flecke von scharfen Konturen und einer eigentümlich violettroten Farbe. Die Oberfläche der Flecke ist intakt, glatt, glänzend, nicht belegt. Die kleineren der Flecke liegen vollständig im Niveau der umgebenden Schleimhaut, die größeren ragen über das Niveau der Haut plateauartig empor. Um das querovale Orificium herum zieht sich ein violettrotes, scharf gegen die Umgebung abgegrenztes und auch zum Teile vom Orificium getrenntes Band, völlig im Niveau der umgebenden Schleimhaut. Die zwischen den Flecken liegende Schleimhaut ist unverändert.

Die Portioveränderung stellt ein Exanthema maculosum syphiliticum dar, bei dem einzelne der Flecke sich in Papeln umwandeln.

Bemerkenswert sind dabei der violettrote Farbenton der Flecke, die scharfen Konturen, die intakte Oberfläche und die papulösen Erhebungen, welche die Differentialdiagnose gegenüber anderen fleckigen Affektionen der Portio ermöglichen.

Die klinische Form, welche die vereinzelten papulösen Efflorescenzen zeigen, würden wir als lentikuläre, nicht erodierte Papel ansprechen.

Fig. 34 zeigt in einem Röhrenspekulum eine überapfelgroße Portio einer Multipara. Das Orificium ist quer gestellt, vielfach gekerbt, die vordere Lippe überhängend, die Schleimhaut gelbrot. An der vorderen Muttermundlippe sieht man eine polyzyklisch konturierte, durch Konfluenz einzelner linsen- bis bohnengroßer Papeln entstandene Efflorescenz. Die einzelnen Papeln erscheinen als scharf begrenzte, kreisrunde oder ovale, plateauartig erhabene, rotbraune, glänzende Efflorescenzen, deren Oberfläche größtenteils unverändert ist. Auch die Umgebung der einzelnen Efflorescenzen zeigt keinerlei Veränderungen. An den größeren, bohnengroßen Efflorescenzen bemerkt man, daß das Zen-

trum des Epithels entbehrt. An der Peripherie sind zwei analoge, erbsengroße, braunrote, isoliert stehende Efflorescenzen sichtbar. Im linken Teile der hinteren Muttermundlippe in der Nähe des Orificiums erkennt man eine ringförmige, blaßbraunrote, mehr im Niveau der umgebenden Schleimhaut liegende Papel, welche ein blaßgelbrotes, eingesunkenes Zentrum umgibt.

In dieser Figur sind lentikulare, zum Teile nicht erodierte, zum Teile erodierte, zum Teile konfluierende Papeln der Portio abgebildet; eine von ihnen zeigt zentrales Abheilen und dadurch die Bildung einer annulären Efflorescenz.

Fig. 35. Ein Blattspekulum zeigt eine walnußgroße Portio, hauptsächlich mit ihrer vorderen Lippe. Das Orificium ist rund, ohne Einkerbungen, die Schleimhaut rosarot. Kreisflächenförmig um das Orificium zeigt sich ein etwa kreuzergroßer, polyzyklisch konturierter, flach erhabener Plaque von braunroter Farbe. Die Oberfläche ist glatt, ein wenig matt. An der vorderen Cervikallippe sind mehrere kreisrunde, hanfkorn- bis erbsengroße, flach erhabene, scharf begrenzte und isoliert stehende Efflorescenzen mit intakter, matter und glatter Oberfläche sichtbar; nur eine linksseitig stehende Efflorescenz zeigt in der Mitte des Plateaus eine dunkelrotbraune, erodierte Stelle. Links an der Innenseite des kleinen Labiums ist eine erbsengroße, erodierte Papel dargestellt.

Es handelt sich bei dieser Abbildung um lentikuläre, zum Teil auch erodierte, papulöse Efflorescenzen bei gleichzeitig bestehenden Papeln am Genitale.

Tafel XIII.

Fig. 36. Abgebildet sind die inneren Schenkelflächen, das ganze äußere Genitale und, in ein Blattspekulum eingestellt, die Portio und die vordere Vaginalwand. Die Portio springt als halbkugeliger, kleinapfelgroßer Körper vor, ihre Schleimhaut ist von mattroter Farbe, das Orificium ist quer, 1 *cm* ausgedehnt und umgeben von einem hellroten und unregelmäßig begrenzten Plaque, der im Niveau der umgebenden Schleimhaut liegt. An der vorderen Cervikallippe sieht man scharf kreisrund begrenzte, linsen- bis über erbsengroße, plateauartig erhabene Efflorescenzen, von denen rechts zwei zu einer biskuitförmigen Figur konfluiert sind. Die Farbe ist braunrot, die Oberfläche glatt und matt, stellenweise mehr rot gefärbt. Auf den queren Falten der vorderen Vaginalwand finden sich Efflorescenzen, die in ihren Eigenschaften den an der Portio befindlichen völlig gleichen. An der Innenseite der kleinen Labien sieht man braunrote, ovale, scharf begrenzte, etwas erhabene Efflorescenzen, ebensolche, zum Teil konfluiert, an

der Innenseite der Oberschenkel; die größeren von ihnen zeigen an ihrer Oberfläche seichte, gelblichrote Vertiefungen.

Die Figur stellt ein klassisches Beispiel eines papulösen Exanthems der Vagina und Portio dar. Es sind Papulae lenticulares partim erosae et partim confluentes.

Tafel XIV.

Fig. 37. Die Portio ist walnußgroß, das Orificium rund, die Schleimhaut hellrosa; um das Orificium sieht man einen scharf begrenzten Plaque, der in der Nähe des Orificiums hellgelb belegt ist, an seiner Peripherie jedoch eine braunrote Oberfläche zeigt. Der Plaque ist etwas über das Schleimhautniveau erhaben und sendet nach links einen braunroten Streifen, von dem aus wieder einzelne Fortsätze an die vordere und hintere Lippe ziehen. Dadurch bekommt der Plaque ein landkartenähnliches Aussehen. In seinem rechten Anteil namentlich an der hinteren Lippe zeigt sich jenseits des Belages nur ein schmaler, braunroter, elevierter Saum. Außerdem sieht man an der Vorderlippe vereinzelte hanfkorn- bis erbsengroße, flach erhabene, braunrote, kreisrunde Efflorescenzen von matter Oberfläche.

Die Figur stellt lentikuläre papulöse Efflorescenzen dar und eine Portioerosion, die in eine syphilitische papulöse Efflorescenz umgewandelt und diphtheritisch belegt ist.

Fig. 38. Am Grunde des Röhrenspekulums sieht man eine sehr vergrößerte, überapfelgroße, hell violettrote Portio mit einem queren, S-förmig verlaufenden Orificium. Dieses ist umgeben, namentlich an seiner vorderen Lippe, von einem guldengroßen, braunroten, scharf begrenzten Plaque, dessen Oberfläche dunkelrotbraune, bläulichweiße und gelbe narbige Streifen und Flecke besitzt. Im Bereiche dieses Plaque, an der Vorderlippe links, überall noch von der braunrot veränderten Schleimhautpartie umgeben, zeigt sich ein kreuzergroßer, fast kreisrunder, scharf begrenzter, weißgrauer, glatter und flach erhabener Plaque. Im Orificium ist kein Sekret sichtbar.

Es handelt sich hier um eine diphtheritische Papel auf einer in Abheilung begriffenen Portiosklerose. (Siehe Krankengeschichte Nr. 38.)

Fig. 39. Die Portio ist hier flach abgeplattet, etwa guldengroß, das Orificium rund, die Schleimhaut gesättigt rot. An der vorderen Cervikallippe in der Mitte findet sich ein $1\frac{1}{2}$ *cm* langer und $\frac{1}{2}$ *cm* breiter, ovaler, graugelber Substanzverlust; er bildet das Zentrum einer ovalen, ungefähr 2 *cm* langen und 1 *cm* breiten, plateauartig erhabenen Efflorescenz, deren Ränder eine dunkelrote Farbe zeigen. Die übrige umgebende Schleimhaut ist unverändert. Der Substanzverlust

selbst zeigt eine glatte Oberfläche mit einem gelbgrauen Belag; im Orificium ist kein Sekret sichtbar.

Die Figur stellt eine isolierte, oberflächlich exulzerierte Papel der vorderen Muttermundlippe dar.

Fig. 40. Man sieht am Grunde eines Röhrenspekulums eine kleinapfelgroße, runde, violettrote Portio. Das Orificium ist quer und hat eine Ausdehnung von 2 *cm*. In dieser Ausdehnung zeigen die vordere und hintere Muttermundlippe zwei symmetrisch gelegene, halbkreisförmige, weißgrau belegte, stark erhabene Efflorescenzen, die sich rotgefärbt in das Orificium hinein verlieren. Die ganze Efflorescenz sitzt der Portio plateauartig auf. Die Oberfläche ist glatt, an einzelnen Stellen mit roten Fleckchen und Pünktchen besetzt.

Der abgebildete Fall stellt eine hypertrophische und exulzerierte Papel auf einer Portiosklerose dar. Die Portiosklerose entstand wahrscheinlich durch Infektion einer einfachen Erosion. (Siehe Krankengeschichte Nr. 40.)

Tafel XV.

Fig. 41. Die Vaginalportion ist hier apfelgroß, das Orificium quer, 1 *cm* lang, mit zahlreichen Kerben versehen. Die durch die Einkerbungen begrenzten dreieckigen Felder sind der Sitz von plateauartig erhabenen, scharf polyzyklisch nach außen begrenzten Plaques, die sich mit ihren Spitzen in das quere Orificium verlieren und mit ihren breiten Enden sich nach außen kehren; dadurch kommt das Bild einer Blumenkrone zustande. An der Peripherie sind sie von einem hellroten, schmalen Saum umgeben, die Oberfläche ist glatt, weißlichgelb. An der rechten Scheidenwand, im unteren Drittel, sieht man in der Mitte zwei über bohnengroße, elevierte und im Zentrum exulzerierte, scharf begrenzte Substanzverluste.

Die Abbildung (eine ältere Abbildung der Klinik) stellt diphtheritische Papeln der Portio dar, die sich auf der ektropionierten Schleimhaut des Cervikalkanales einer Multipara entwickelt hatten. Außerdem zeigt sie exulzerierte, hypertrophische Papeln der Vagina.

Fig. 42. Das Blattspekulum zeigt eine vergrößerte, mehr unregelmäßig geformte Portio mit einem queren Orificium. Die Schleimhaut ist violettrot. An der vorderen und an der hinteren Lippe sieht man linsen- bis über erbsengroße, kreisrunde, elevierte Efflorescenzen, deren Oberfläche exulzeriert ist. Sie sind umgeben von sehr schmalen, hellroten Säumen; die Oberfläche ist glatt, graugelb belegt. Die Niveauerhebung der Efflorescenzen ist keine bedeutende. Zwei der-

selben, die größten, sitzen symmetrisch an der vorderen und hinteren Muttermundlippe. Die Ränder der großen Schamlippen sind dicht besetzt mit linsen- bis erbsengroßen, elevierten, braunroten Efflorescenzen.

Die Abbildung stellt lentikuläre, diphtheritische und exulzerierte Papeln der Portio dar.

Die Erkrankungsformen der sekundären Syphilis an Portio und Vagina können wir in zwei Gruppen einteilen: 1. die des ersten generalisierten Exanthems und 2. die der Rezidive; anderseits müssen wir makulöse und papulöse Formen unterscheiden.

Was die makulösen Eruptionen betrifft, so konnte ich nur eine einzige Abbildung eines makulösen Exanthems an der Portio geben (Tafel XII, Fig. 33); und auch hier ist nur ein Teil der abgebildeten Efflorescenzen als wirkliche Maculae aufzufassen; die anderen abgebildeten Efflorescenzen sind bereits über das Schleimhautniveau erhaben, stellen also Papeln dar. Diese Erscheinung hängt damit zusammen, daß die günstigen Wachstumsbedingungen, unter denen die einzelnen Syphiliseruptionen an der Portio stehen, ein rascheres Proliferieren der Gewebselemente veranlassen. Während meiner siebenjährigen Tätigkeit an der Klinik hatte ich nie Gelegenheit, ein diffuses syphilitisches Erythem, wie es Finger beschreibt, das durch Konfluenz makulöser Efflorescenzen entstand, zu beobachten. Die Möglichkeit einer derartigen syphilitischen Vaginitis und einer diffusen syphilitischen Erkrankung der Portioschleimhaut muß jedoch zugegeben werden. Die Frage nach der Existenz derartiger diffuser syphilitischer Katarrhe könnte durch Spirochaetennachweis endgiltig gelöst werden.

Die Existenz circumscripter Maculae-Eruptionen an der Schleimhaut der Vagina und Portio beweist unsere Abbildung, wenn auch dieser Befund zu den größten Seltenheiten gehört.

Differentialdiagnostisch kommen bei den Maculae syhiliticae portionis in Betracht: Maculae gonorrhoicae, beginnende spitze Condylome und geplatzte Herpeseruptionen.

Die Maculae gonorrhoicae sind heller, unregelmäßiger, weniger scharf begrenzt (vgl. Tafel I, Fig. 3).

Beginnende spitze Condylome zeigen sich als hellrote, hirsekorngroße, ein wenig elevierte Fleckchen, die, größer geworden, eine feindrusige Oberfläche besitzen.

Erosionen nach geplatzten Herpesbläschen sind, wenn sie nicht belegt sind, seichte Substanzverluste von roter Farbe, die bei Berührung leicht bluten, und haben feine lebhaft rote Entzündungssäume in der Umgebung.

Wichtiger und häufiger sind die Eruptionen papulösen Charakters an Portio und Vagina. Unterschiede zwischen ihrem Auftreten bei dem ersten Exanthem und als Rezidivformen gibt es nur insofern, als die letzteren solitär vorzukommen pflegen und auch Anordnung zu Gruppen und in Ringform zeigen können.

Was die klinische Form betrifft, so können wir an der Portio unterscheiden: die lentikuläre, nicht erodierte Papel, die lentikuläre, erodierte Papel, die hypertrophische, erodierte Papel, die hypertrophische, diphtheritische und die hypertrophische, exulzerirte Papel, ferner jene papulösen Efflorescenzen, die sich auf Portiosklerosen entwickeln.

Die lentikuläre nicht erodierte Papel (vgl. Tafel XII, Fig. 34, 35, 36, 37) erscheint an der Portio in Form von hanfkorn- bis übererbsengroßen, gewöhnlich kreisrunden, scharf begrenzten, plateauartig erhabenen, braunroten Efflorescenzen, die auf normaler Schleimhaut aufsitzen. Das Oberflächenepithel bleibt nicht sehr lange intakt, sondern stößt sich sehr bald ab; dann entsteht die gewöhnliche Form der erodierten lentikulären Papel.

Die Abstoßung des Epithels erfolgt zuerst im Zentrum, dann an der Peripherie, wodurch dann Bilder entstehen, wie sie die äußerste Papel links in der Fig. 35 aufweist: Ein roter, elevierter Ring umgibt ein dunkelrotes, erodiertes, leicht grubig vertieftes Zentrum. Die Abstoßung geht dann weiter bis zur Peripherie und es entstehen dann die Formen, wie sie Fig. 36 zeigt, jene Formen, die man auch an der Mundschleimhaut zu sehen Gelegenheit hat und die an der Zunge die plaques lisses bilden. Häufig geschieht es, daß diese papulösen Efflorescenzen um das Orificium konfluieren und dann erosionähnliche Formen bilden.

Die Abheilung der lentikulären erodierten Papeln erfolgt vom Zentrum aus, wodurch kleine Kreise mit normalem oder heller tingiertem Zentrum entstehen, das von einer schmalen, braunroten Zone infiltrierter und elevierter Schleimhaut umgeben ist (Fig. 34).

Die Konsistenz der Papeln ist eine leicht derbe. Man fühlt mit dem tastenden Finger an der Stelle der Papel eben noch eine Konsistenzzunahme.

Differentialdiagnostisch kommen bei den lentikulären erodierten und nicht erodierten Papeln nur spitze Kondylome in Betracht. Die Unterscheidung ist leicht: Die Oberfläche der Papeln ist immer glatt, während die der breiten aufsitzenden spitzen Kondylome immer warzig zerklüftet ist; die spitzen Kondylome haben eine mehr hellrote Farbe.

Der histologische Befund der lentikulären Papeln unterscheidet sich in nichts von dem der papulösen Efflorescenzen der Mundschleim-

haut. Man findet den Papillarkörper verbreitert, mit Plasmazellen infiltriert; das Infiltrat reicht in das Stratum subpapillare hinein und erstreckt sich in die Tiefe, dort die Gefäße und Schleimdrüsen mit dichten Plasmazellenmänteln umgebend. Die Gefäße selbst, namentlich die Arterien, zeigen die charakteristischen Veränderungen der Endarteriitis bis zum Verschlusse; auch finden sich vereinzelt Riesenzellen. Das Epithel selbst ist verbreitert, die Epitheleinsenkungen breiter und tiefer; in den mittleren Epithellagen treten zahlreiche Mitosen auf. Außerdem findet man im Epithel selbst polynukleare Leukozyten. Spirochaeten sind in dem die Gefäße umgebenden Bindegewebe sowie im Epithel nachweisbar.

Die Oberfläche der lentikulären Papeln kann exulzerieren. Sie bekommen dann ein an venerische Geschwüre erinnerndes Aussehen, indem die Oberfläche höckerig, uneben wird, sich mit einem gelbweißen oder auch grauweißen, mehr oder weniger festhaftenden Belag bedeckt und schmale Entzündungshöfe in der Umgebung auftreten (Tafel XV, Fig. 42). Diese Form unterscheidet sich von den venerischen Geschwüren durch folgende Eigenschaften: Die Grenzen sind nicht zackig und buchtig, sondern rund, die Ränder sind nicht unterminiert, der Belag ist mehr fibrinös als eitrig. Die exulzerierten lentikulären Papeln sind nicht inokulabel; im Sekrete sind Spirochaeten nachweisbar.

Die hypertrophischen Papeln kommen meistens auf Erosionen und Ektropien vor. Sie stellen dann stark elevierte, mit überhängenden Rändern versehene und knopfartig aufsitzende Efflorescenzen dar, welche konfluierend den ganzen Muttermund umgeben und sich auch ins Innere des Cervikalkanales erstrecken können. Ihre Oberfläche ist glatt, gewöhnlich weiß, diphtheritisch belegt (vgl. Tafel XV, Fig. 41). Diese Papeln können auch auf ihrer Oberfläche stark sezernieren und gleichen dann ganz den diphtheritischen und nässenden Schleimhautpapeln des äußeren Genitale oder der Mundschleimhaut.

Jene Form der papulösen Efflorescenzen, die sich im Anschlusse an Portiosklerosen auf diesen entwickelt, zeigt besonders stark die Neigung zum Wuchern (vgl. Fig. 38 und 40 der Tafel XIV). Es kann sich dabei entweder die ganze Sklerose der Portio in eine Papel umwandeln, die dann beinahe polypenartig aus dem Cervix herausragt, stark überhängende Ränder besitzt und einen dicken, grauweißen, nicht abstreifbaren, diphtheritischen Belag aufweist, oder aber ein Teil der Sklerose wandelt sich in eine circumscripte, ebenfalls stark elevierte und knopfartig aufsitzende, diphtheritische Papel um (Fig. 38 und 40 der Tafel XIV).

Die Abheilung der hypertrophischen Papeln erfolgt ebenfalls vom Zentrum aus gegen die Peripherie; diese vollzieht sich oft trotz anti-

luetischer Therapie sehr langsam. Als Endprodukt entwickelt sich eine diffuse, öfters aber eine circumscripte Leukoplakie, besonders nach wiederholten Ätzungen; manchmal heilen die Papeln auch spurlos ab.

Der histologische Befund ergibt dieselben Verhältnisse wie bei den lentikulären Papeln; nur sind die Epithelveränderungen bedeutend stärker, die Leukozytendurchsetzungen viel zahlreicher und manchmal so gehäuft, daß man von intraepithelialer Abszeßbildung sprechen könnte. Die Oberfläche ist belegt mit Fibrin, Detritus, polynuklearen Leukozyten und einer Menge von Bakterien.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Ulcera venerea, Primäraffekte der Portio, Ulcera aphthosa, Condylomata acuminata und schließlich das Carcinom der Portio.

Ulcera venerea haben zackige Konturen, unregelmäßige und unterminierte Ränder, eine drusige, wie angenagt aussehende Basis und einen gelbeitrigen Belag; sie sind inokulabel. Die elevierte Form, die am ehesten verwechselt werden könnte, ist mehr eitergelb gefärbt, hat eine wabenartige, poröse Oberfläche und gewöhnlich stärker ausgeprägte Entzündungserscheinungen in der Umgebung. Trotz dieser Unterscheidungsmerkmale sind wir manchmal nicht in der Lage, sofort eine Diagnose zu stellen, besonders dann, wenn früher Syphilis vorausgegangen war. Wir müssen uns dann an die Begleitumstände halten. Ulcera venerea an den äußeren Geschlechtsteilen, speziell um die Afteröffnung und an der hinteren Kommissur, sprechen für die Diagnose Ulcera venerea der Portio; ebenso syphilitische Eruptionen an den Genitalien und an anderen Körperstellen für Syphilis, wenn auch nicht ganz beweisend, da ja beide Affektionen gleichzeitig vorkommen können. In diesen Fällen sind wir oft genötigt, Inokulationen vorzunehmen. Inokulabilität entscheidet für die Diagnose Ulcera venerea; auch der Nachweis des Ducrey-Bazillus oder der Spirochaete pallida muß in diesen zweifelhaften Fällen versucht werden.

Sklerosen der Portio sind in der Regel solitär, haben eine glatte Basis und braunrote Farbe; wenn sie diphtheritisch belegt sind, kann man oft noch einen schmalen braunroten Saum um den Belag erkennen. Die Portio ist dabei hart und derb und zeigt in frischen Fällen keine Entzündungserscheinungen.

Ulcera aphthosa sind niemals erhaben, besitzen einen grauweißen, festhaftenden Belag, unregelmäßige Ränder und starke Entzündungserscheinungen in der Umgebung.

Condylomata acuminata sind himbeerartig, hahnenkamm- oder blumenkohlähnlich, von mehr roter Farbe, bluten leicht bei Berührung und sitzen nicht so breitbasig auf.

Das Carcinom der Portio bildet kugelige, höckerige, relativ schmalbasig der Portio aufsitzende, in die Scheide polypös hineinragende Tumoren von brüchiger Beschaffenheit.

Die papulösen Efflorescenzen der Vagina zeigen meist die lentikuläre, erodierte Form. Sehr selten kommen diphtheritische Papeln vor; eine hypertrophische, diphtheritische Papel der Vagina habe ich nicht gesehen. Fig. 41 zeigt das Vorkommen hypertrophischer diphtheritischer Papeln an der Portio und exulzerierter, elevierter Papeln der Vagina. Das dicke Epithel der Vagina ist offenbar ein Hindernis für das häufige Zustandekommen papulöser Efflorescenzen.

Syphilis III. Gummata.

Tafel XVI.

Fig. 43 zeigt einen totalen Prolaps der Vagina und der Portio vaginalis uteri. Das Orificium ist quer, gekerbt, aus demselben quillt ein weißlicher Schleimpfropf. Die Schleimhaut ist gelbrot, trocken, epidermisähnlich. An der vorderen Cervikallippe, ein wenig rechts vom Orificium und von diesem durch eine schmale Zone getrennt, sieht man einen nierenförmigen Substanzverlust von ungefähr 4 *cm* Länge und 2 bis $2^1/_2$ *cm* Breite. Er ist eingeschlossen von scharfen, runden, ein wenig aufgeworfenen, steil abfallenden Rändern. Die Konkavität des Substanzverlustes ist dem Orificium zugekehrt, die Konvexität nach vorne gerichtet. Die Basis ist vertieft, speckig gelb belegt und zeigt eine netzförmige Zeichnung, indem gelbe Partien mit rötlichen abwechseln. Die umgebende Schleimhaut ist bläulichrot gefärbt.

Es handelt sich hier um ein exulzeriertes Gumma bei prolabiertem Uterus einer 61jährigen Frau, die auch an anderen Stellen des Körpers gummöse Prozesse aufwies.

Tafel XVII.

Fig. 44. In ein Blattspekulum ist eingestellt eine überapfelgroße Portio vaginalis mit einem queren, konkav, nach vorne verlaufenden Orificium ohne Einkerbungen. Die vordere Muttermundlippe stellt einen nußgroßen, kugelig vorspringenden Tumor dar, dessen Schleimhaut in der Mitte gelblich durchscheinend und stark gespannt ist. Der Tumor geht ohne Grenze in die Cervikallippe über. Die hintere Cervikallippe zeigt ein vom Orificium getrenntes, etwa kreuzergroßes Geschwür mit einem speckig gelben Belag. Das Geschwür greift sehr stark in die Tiefe und ist von weithin unterminierten Rändern eingeschlossen. Die Ränder sind scharf, wie mit dem Locheisen aus-

gestanzt, zu den Rändern ziehen von den Seiten her einige erweiterte Venen.

Es sind hier ein fluktuierendes, nicht perforiertes Gumma der vorderen Lippe und ein exulzeriertes der hinteren Cervikallippe abgebildet.

Fig. 45. Das Blattspekulum zeigt eine halbkugelige, mehr unregelmäßige, walnußgroße Portio mit einem queren, konkav nach vorne verlaufenden, mehrfach gekerbten Orificium. Vom Orificium durch einen schmalen Streifen normaler Schleimhaut getrennt, sieht man eine kronengroße, gelbweiß verfärbte und trocken aussehende Schleimhautpartie, die in ihrem linken Anteil ein unregelmäßig konturiertes, sichelförmiges Geschwür mit scharfen, steil abfallenden Rändern und glatter, speckig belegter Basis trägt. Unterhalb dieses Geschwüres gegen den Cervikalkanal zu zeigt sich normale Schleimhaut; dieselbe ist nur an der konkaven Seite des Geschwüres sichtbar. Rechts am Rande der vorderen Cervikallippe, schon in der Nähe des Fornix, sieht man ein bohnengroßes, scharfrandiges Geschwür, ziemlich tief greifend, mit steil abfallenden Rändern und graubraunem Belag. Die ganze vordere Cervikallippe ist in toto vergrößert und überragt die hintere unveränderte Cervikallippe.

Hier handelt es sich um eine gummös erkrankte vordere Cervikallippe, die an einer Stelle Perforation zeigt, während an einer anderen Stelle bereits Vernarbung stattgefunden hat; doch auch an dieser Stelle schreitet der Zerfall an der der Vernarbung gegenüberliegenden Stelle weiter.

Tafel XVIII.

In Fig. 46 sieht man eine kleinapfelgroße, runde, halbkugelig vorspringende Portio mit einem querspaltigen, gekerbten Orificium und einer roten, glänzenden Schleimhaut. Links neben dem Orificium an der vorderen Cervikallippe, schon in der Nähe des Fornix, bemerkt man ein überbohnengroßes, nierenförmiges, scharfrandiges Geschwür, das die konkave Seite dem Orificium, die konvexe dem Fornix zuwendet. Der Grund des Geschwüres ist glatt, rot, nicht belegt, die Ränder sind steil, wie ausgeschnitten. Im Fornix der Vagina rechts erkennt man ein mehr längliches, bohnengroßes, scharfrandiges Geschwür mit steilen Rändern und glatter, roter, nicht belegter Basis; Entzündungserscheinungen in der Umgebung fehlen.

Es handelt sich hier um zwei exulzerierte Gummen der Portio und der Vagina, in Reinigung begriffen.

Fig. 47. Die hintere Vaginalwand ist durch zwei Finger entfaltet, die Portio durch ein Blattspekulum abgehalten. Man sieht die Querfalten der Vaginalwand und in deren Mitte einen kronengroßen Sub-

stanzverlust. Die Ränder desselben sind steil, scharf, wie mit dem Locheisen ausgestanzt und zeigen an zahlreichen Stellen hellrote Hämorrhagien. Der Grund des Geschwüres ist grob uneben, gelb, speckig belegt, stellenweise tiefer zerklüftet. An manchen Stellen bemerkt man mehr braunrote Flecke, dort wo die Basis des Geschwüres frei zutage liegt; die Umgebung des Geschwüres ist normal, hat keine Entzündungserscheinungen aufzuweisen.

Diese Abbildung zeigt ein *exulzeriertes Gumma* der Vagina.

Über die gummöse Erkrankung der Portio vaginalis uteri ist nicht viel bekannt. Nur vereinzelte Beobachtungen werden mitgeteilt — *J. Heitzmann* gibt in seinem Atlas nur eine Abbildung; auch *Neumann* und *Mraček* beobachteten vereinzelte Fälle — und doch scheint das Gumma der Vaginalportion nicht so selten vorzukommen.

Man kann an der Portio zwei Stadien des Gumma unterscheiden: den *Gummiknoten* und das *gummöse Geschwür.*

Fig. 44 der Tafel XVII gibt eine gute Illustration für beide Fälle.

Das Gumma tritt an der Vaginalportion in Form verschieden großer Knoten auf — in unserem Falle nahm es die vordere Muttermundlippe völlig ein. Es kommt dabei bald zur Erweichung und dann stellt die Muttermundlippe einen fluktuierenden Knoten dar, dessen Wandung gelblich durchschimmert und verdünnt ist. Der Bestand des geschlossenen Gumma scheint kein langer zu sein; denn meistens findet man nur mehr gummöse Geschwüre, welche die Charaktere der Gummata an anderen Stellen der Haut und Schleimhaut besitzen. Sie stellen dann scharfrandige, manchmal nierenförmige Geschwüre dar, die ziemliche Tiefe erreichen und deren Basis einen speckigen Belag zeigt. Die Ränder sind in der Regel weithin unterminiert und fallen steil ab; sie erscheinen wie mit dem Locheisen ausgeschnitten. Reaktive Erscheinungen von Entzündung in der Umgebung sind nicht vorhanden. Die Berührung ist völlig schmerzlos. Die Ausheilung erfolgt unter Bildung einer strahligen, derben Narbe, welche Neigung zur Konstriktion zeigt und an deren Oberfläche das Epithel verdickt und leukoplakisch verändert ist (vgl. Tafel XVII, Fig. 45).

Der *histologische Befund* ergibt spezifisch gummöse Veränderungen: ein aus sehr dicht angeordneten Plasmazellen gebildetes Granulationsgewebe, das sich von der normalen Umgebung scharf absetzt. Im Zentrum des Granulationsgewebes findet man, daß die Zellenkonturen undeutlich werden und die Kerne ihre Färbbarkeit verlieren; die Gefäße, durch Endarteriitis längst verschlossen, bleiben noch am längsten sichtbar, schließlich aber wandelt sich alles in eine sich diffus färbende, strukturlose Masse um (Verkäsung). Anderseits findet man,

daß das syphilitische Granulationsgewebe sich in ein Bindegewebe erzeugendes Gewebe umwandelt, die polygonalen Plasmazellen werden spindelförmig, parallel gelagert und es entsteht ein zellenarmes, straffes Bindegewebe. Im Infiltrat, namentlich in der Umgebung des verkästen Herdes, sind zahlreiche Riesenzellen.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: in erster Linie das *Ulcus venereum* und das *Carcinom*, in zweiter Linie *Primäraffekte, exulzerierte Papeln* und *tuberkulöse Geschwüre.*

Das *vertiefte Ulcus venereum*, meistens multipel, zeigt zackige, buchtige Ränder, die nicht sehr hoch sind, einen eitrigen, leicht wegwischbaren Belag und lebhafte Entzündungserscheinungen in der Umgebung; es ist inokulabel.

Das *Carcinom der Portio* ist derb, bildet mehr höckerige, kugelige, in die Scheide polypös hineinragende Tumoren von brüchiger Beschaffenheit ohne Fluktuation, mit überhängenden Rändern.

Die *Primäraffekte* an der Portio bilden braunrote, scharf kreisrund begrenzte, gewöhnlich seichte und glatte Geschwüre, umgeben von im Niveau der Schleimhaut liegenden, nicht unterminierten Rändern oder, wenn geschwürig zerfallen, ebenfalls scharf begrenzte, von nicht unterminierten Rändern umgebene, glattbasige Substanzverluste. Die Portio ist dabei in toto induriert.

Papeln an der Portio sind elevierte, scharf kreisrund begrenzte, meistens multiple, plateauartig erhabene Efflorescenzen, die mit oberflächlichen, teils glatten, teils feindrusigen Substanzverlusten exulzerieren, die von nicht unterminierten Rändern umgeben sind. Die Belege sind eiterig-fibrinös.

Tuberkulöse Geschwüre haben zackige und buchtige, zugeschärfte, unterminierte Ränder, die Basis ist uneben und zeigt an einzelnen Stellen hirsekorngroße, graue Knötchen, die man auch in der noch anscheinend gesunden Schleimhaut in der Nähe des Randes auffinden kann. Die tuberkulösen Geschwüre sind meistens seicht, mehr flächenhaft und sind auf Berührung sehr schmerzhaft. Dabei bestehen gewöhnlich die Zeichen vorgeschrittener allgemeiner Tuberkulose.

Isolierte Gummata der Vagina sind noch seltener beobachtet worden, als die Gummata der Portio vaginalis. Gewöhnlich setzen sich gummöse Prozesse des äußeren Genitale, des Perineum, des Rectum auf die Vagina fort und betreffen dann das untere Drittel der Vagina. Auch von der Portio aus können sich gummöse Prozesse auf die Vagina fortsetzen und führen dann zu Gummen im Fornix (vgl. Fig. 46 der Tafel XVIII).

Daß Rektalgummen in die Vagina durchbrechen und zur Bildung von recto-vaginalen Fisteln Veranlassung geben können, ist bekannt. Auch Perforationen von Gummen, die im Septum recto-vaginale lokalisiert sind, in die Vagina, sind beobachtet worden.

Das echte zircumscripte Gumma der Vagina haben wir nicht als Knoten, sondern nur als Ulcus gummosum gesehen und abgebildet. Es erscheint dann als verschieden großes, scharf begrenztes Geschwür mit steilen, wie ausgeschnittenen Rändern, die zum Teil unterminiert sind, mit einer unebenen und speckig belegten Basis ohne reaktive Entzündungserscheinungen in der Umgebung. Die Ausheilung erfolgt mit einer ziemlich derben Narbe; doch kommt eine Strikturierung der Vagina durch ausheilende zircumscripte Gummata nicht zustande.

Eine diffuse gummöse Endocolpitis, wie sie Winckel beobachtete, oder eine diffuse gummöse Perivaginitis, die Birch-Hirschfeld beschreibt, konnten wir niemals beobachten. Auch nicht jene Form, die Neumann beschreibt, als dunkelrote Verfärbung und Infiltration eines Abschnittes des Vaginalschlauches, speziell der hinteren Columne mit Abflachung der Falten, wobei ein viscider oder fibrinöser Belag besteht.

Differentialdiagnostisch kommen bei der circumscripten Form das venerische, traumatische und tuberkulöse Geschwür in Betracht. Für das venerische Geschwür gelten dieselben differentialdiagnostischen Momente, wie beim Gumma der Portio ebenso dem tuberkulösen Geschwür gegenüber.

Das traumatische Geschwür (Dekubitalgeschwür oder Verätzungsgeschwür) ist oft sehr schwer vom Gumma zu unterscheiden. Es hat meistens lebhafte Reaktionserscheinungen in der Umgebung und ist schmerzhaft. Die Entstehung kann anamnestisch festgestellt werden; sonst müßte man die Differentialdiagnose nach dem Ausfalle der Therapie beurteilen. Das Gumma heilt nur auf antiluetische Therapie, während das traumatische Geschwür rasch nach dem Aufhören der Ursache durch irgend eine rein antiseptische Behandlungsmethode der Heilung zugeführt werden kann.

Erosiones.

Tafel XIX.

(Vergleichstafel aus J. Heitzmanns „Spiegelbilder der Vaginalportion".)

Fig. 48 „zeigt die Portio einer schwangeren Bipara, an welcher die als papilläre Erosion bekannte Erkrankung der Schleimhaut besonders instruktiv ausgeprägt ist. Im vorliegenden Falle ist die papilläre Erosion in zwei scheinbar ganz verschiedenen Formen sichtbar: zunächst über die ganze vordere Lippe in Gestalt winziger roter Punkte, welche der Portio das Aussehen verleihen, als wäre sie mit einer feinen Nadel gestichelt. Zum Teil bluten auch diese Stellen beim Darüberwischen mit einem Baumwollbäuschchen. Es ist dies das allererste Sta-

dium der papillären Wucherung. Außerdem ist aber an der der vorderen Muttermundlippe entsprechenden, ektropionierten Collumschleimhaut eine ganz ausgesprochene Hyperplasie, welche zur Bildung förmlicher Plaques Anlaß gab, zu erkennen. Vorweg mag gleich betont werden, daß die betreffende Frau nicht die geringste Spur einer Blenorrhoe noch einer spezifischen Erkrankung darbot, auch niemals an einem Ausfluß, Geschwür oder dergleichen litt. Diese Bemerkung ist deshalb notwendig, weil die abgebildete Affektion eine gewisse Ähnlichkeit einerseits mit den an der Portio vorkommenden spitzen, anderseits mit den breiten Kondylomen hat, von beiden aber leicht zu unterscheiden ist".

Fig. 49 „stellt eine Portio dar mit einer charakteristischen Form der sogenannten follikulären Erosion. Rings um den äußeren Muttermund, soweit die Cervikalschleimhaut evertiert ist, sieht man eine hellrote Zone mit scharfem, zackigem Rand, an der Basis mit warzigen, den Granulationen einer heilenden Wunde ähnlichen, halbkugeligen Vorwölbungen. Daß diese Wucherungen mit einer Schwellung der Follikel in innigem Nexus stehen, war schon älteren Gynäkologen bekannt, daher auch die Bezeichnung follikuläre Erosion, welche von allen Autoren akzeptiert wurde. Nur wie sich diese Follikel bei dieser Erkrankung beteiligen, darüber waren die Meinungen nicht immer übereinstimmend".

In Fig. 50 „ist an der etwas vergrößerten, sonst aber normal gebildeten Portio einer jugendlichen Nullipara eine Erosion dargestellt, welche sich über einen großen Teil der vorderen, einen geringeren der hinteren Lippe im nächsten Umkreis des äußeren Muttermundes erstreckt, sich wohl auch in die äußerste Partie des Collum hinein verfolgen läßt. Der lebhaft gerötete unebene Grund ist nirgends über das Niveau der Portio prominent, die Unebenheiten ganz flach. Der Rand ist allenthalben ziemlich scharf, zum Teil auch gezackt, so daß die rote Erosionsfläche an einzelnen Stellen in die gesunde blasse Schleimhaut der Muttermundlippen hineinragt. Als Übergang der gesunden in die kranke Schleimhaut ist deutlich ein weißlicher Saum zu erkennen, welcher der Unterlage fest anhaftet und sich auch durch leichtes Darüberwischen nicht entfernen läßt. Der völlig normal gestellte, leicht antevertierte Uterus läßt durch das Einführen der Sonde eine geringe Dilatation der Cervikalhöhle und katarrhalische Erkrankung der Schleimhaut daselbst mit vermehrter Absonderung eines zähen, weißlichen Sekretes nachweisen".

In Fig. 51 „habe ich einen Fall von Ektropium bald nach der Entbindung abgebildet; die Abbildung stammt aus einer Zeit, wo man noch nicht auf diesen Vorgang aufmerksam wurde. Die auffällig stark gerötete und gewurzelte Partie um den Muttermund wurde einer ein-

gehenden mikroskopischen Untersuchung unterzogen und, da man an den exzidierten Stückchen stark ausgebildete, gebuchtete, vielfach verzweigte Drüsen vorfand, fand man Grund genug zur Diagnose Adenom. Es handelte sich um ein Ektropium".

Anhang.

Therapie der Portio- und Vaginalaffektionen.

Der Herpes portionis vaginalis erfordert keine spezielle Behandlung; Scheidenirrigationen mit verdünnten antiseptischen Lösungen, Einführung von Jodoformgaze-Tampons, Verhinderung der sekundären Infektion der Erosionen nach dem Platzen der Herpesbläschen durch ein entsprechendes Regime.

Leukoplakie und Maculae gonorrhoicae erfordern keine Spezialbehandlung.

Condylomata acuminata entfernt man bei nicht Graviden von der Portio und Vagina mit der Schere oder mit dem scharfen Löffel, wobei man nachträglich die Operationsstellen mit Ferrum sesquichloratum touchiert, oder man betupft die Kondylome wiederholt mit Wattepinseln, die in Ferrum sesquichloratum-Lösung getaucht wurden. Man kann die spitzen Kondylome auch durch wiederholtes Gefrierenlassen mit Chloräthyl zum Schwinden bringen. Man geht dabei so vor, daß man sich mit einem Blattspekulum die spitzen Kondylome einstellt und dann auf sie den Chloräthylstrahl 1 bis 2 Minuten hindurch einwirken läßt. Dieses Verfahren wiederholt man mehrere Tage hintereinander und man sieht dann die spitzen Kondylome schwinden.

Ist die ganze Vagina mit spitzen Kondylomen angefüllt, so kann man den Versuch machen, einen Teil von ihnen durch Druck zu entfernen, indem man die Vagina mit Jodoformtampons ausfüllt. Gut ist es auch, die Vagina und Portio mit 10% Kupferlösungen auszuspülen. Durch die adstringierende Wirkung der Kupfersulfatlösung können die spitzen Kondylome zum Schwinden gebracht werden. Die Blutung bei der Abtragung ist keine bedeutende und steht immer auf Tamponade.

Bei Graviden sind Abtragungen der spitzen Kondylome mit Schere, Curette von der Portio zu vermeiden. Dagegen kann man die spitzen Kondylome der Vagina ohne Gefahr, dadurch die Schwangerschaft zu unterbrechen, mit der Schere abtragen, namentlich wenn sie sich im unteren Drittel der Vagina befinden. Sonst muß man sich darauf beschränken, ihr Wachstum durch stark adstringierende Lösungen hintanzuhalten; eventuell kann man einen Versuch mit Vereisung machen.

Ulcera aphthosa werden mit antiseptischen und aseptischen Vaginalspülungen (Lysol, Lysoform, Kreolin, verdünnte Wasserstoffsuper-

oxydlösungen) behandelt, ferner durch Einführung von Jodoformgazetampons oder von mit Jodtinktur getränkten Wattetampons. Lokal behandelt man sie am besten durch Pinselungen mit konzentriertem (33%) Wasserstoffsuperoxyd oder Jodtinktur. Da meist Fieber besteht, ist Bettruhe indiziert.

Ulcera venerea werden nach denselben Prinzipien behandelt wie die Ulcera venerea des äußeren Genitale. Sind keine stärkeren reaktiven Entzündungserscheinungen der Umgebung vorhanden, so wenden wir Kauterisationen an, und zwar meistens die Betupfung mit Acidum carbolicum liquefactum oder mit einer konzentrierten Cuprum sulfuricum-Lösung, z. B. Rp. Cu. sulf. 10 Aqu. dest. 30.

Abschabungen mit dem scharfen Löffel, Paquelinisierungen oder Vereisungen sind nicht sehr wirkungsvoll.

Sind stärkere Reaktionserscheinungen der Umgebung vorhanden, so nehmen wir verdünntere Ätzmittel, z. B. verdünntes Kupfervitriol in 2 bis 3% Lösung als Wattebäuschchen eingelegt und mit Tampons an das Geschwür fixiert.

Vor der Behandlung wird die Scheide mit den gebräuchlichen antiseptischen Lösungen gründlichst bespült, nach der Touchierung wird ein Jodoformgazetampon in die Scheide eingelegt. Auch bei den Ulcera venerea der Portio und Vagina ist Bettruhe zumindest bis zur Reinigung der Geschwüre einzuhalten.

Die Primäraffekte der Portio und Vagina werden in analoger Weise wie die Primäraffekte des äußeren Genitale behandelt. Sie schwinden ja meistens erst, bis die allgemeine antiluetische Kur eingeleitet ist. Die Scheide soll täglich zweimal mit sehr verdünnten Sublimatlösungen gespült werden. Dann kann man zur Beschleunigung der Reinigung des Primäraffektes Tampons einführen, die mit grauer Salbe bestrichen sind. Diphtheritischen Zerfall kann man durch Ätzungen mit Kupferlösungen oder konzentrierten Karbollösungen beschränken.

Dasselbe gilt für die papulösen Eruptionen an der Portio und Vagina. Es handelt sich nur darum, sekundäre Infektionen nach Möglichkeit durch häufige antiseptische Spülungen und Einführung von Jodoformtampons fernzuhalten. Die endgiltige Heilung kann nur durch antiluetische Kuren herbeigeführt werden.

Das Gumma der vaginalen Portio und der Vagina soll, wenn es fluktuiert, inzidiert werden. Dann kann man graue Salbentampons oder Watte, die mit 10% weißer Präcipitatsalbe bestrichen ist, in die Scheide einführen. Die allgemeine Behandlung der Syphilis soll sich dabei nicht nur auf die Verabreichung von Jod beschränken, sondern es soll auch eine energische Quecksilberkur eingeleitet werden.

TAFEL I.

Fig. 1. Herpes portionis vaginalis.
Erosio post herpetem ad commissuram posteriorem.

Fig. 2. Leukoplakia portionis cum erosione. Polypi.

Fig. 3. Maculae gonorrhoicae.

Tafel I, Fig. 1. Ältere Abbildung der Klinik (Henning).

A. F., aufgenommen in das Zimmer Nr. 74 im Jahre 1895.

Diagnose: Herpes portionis vaginalis; Erosio post herpetem ad commissuram posteriorem.

An beiden Cervikallippen, namentlich an der vorderen, finden sich zum Teile einzeln stehende, zum Teile in Gruppen angeordnete Bläschen von verschiedener Größe. Die isoliert stehenden Bläschen erreichen die Größe eines Hanfkornes, sind gelblich durchscheinend und von einem schmalen, lebhaft roten, scharfbegrenzten Entzündungshof umgeben. Stellenweise sieht man kleine rote Fleckchen, des Epithels beraubte Erosionen, nach Platzen der Bläschen.

Kein Ausfluß aus dem Cervix.

An der hinteren Kommissur eine unregelmäßig begrenzte Erosion post herpetem progenitalem.

Die Affektion heilte spurlos ab.

Tafel I, Fig. 2. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

A. K., 42 Jahre alt, Kindsfrau, aufgenommen am 7. Juni 1879, sub Journ. Nr. 9719 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Erosio blennorrhoica portionis vaginalis; Leukoplakia portionis; Polypi portionis.

Vaginalportion beträchtlich vergrößert, plump. Die ganze das Orificium umgebende Fläche wie narbig, weißlich glänzend; stellenweise von frischen streifenförmigen Erosionen bedeckt, die ganz unscharf, sich in der weißen Fläche verlieren.

An der vorderen und hinteren Muttermundlippe, rechts am Winkel des Orificiums, je eine übererbsengroße, derbe, polypöse Wucherung.

Karboltampons auf die Vaginalportion.

Adenitis nimmt zu.

20. Juni. Adenitis rückgängig; Jodtinkturpinselungen.

24. Juni. Jodkali intern 2 Eßlöffel.

1. Juli. Menses.

7. Juli. Menses zessiert.

13. Juli. Geheilt entlassen.

Tafel I, Fig. 3. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

K. G., 27 Jahre alt, Magd, aufgenommen sub Journ. Nr. 20130 am 13. Dezember 1878 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Blennorrhoea urethritid. acuta, vaginae follicularis et portionis vaginalis follicularis.

Vaginalportion vergrößert. Die Schleimhaut mäßig gerötet; über das Niveau derselben ragt eine große Anzahl von stecknadelkopfgroßen, hochroten, glänzenden, follikulären Schwellungen; zum Teile finden sich auch im Hautniveau liegende hellrote Flecke.

Aus dem Orificium zäher glasiger Schleim.

16. Dezember. Alaunspülungen.

21. Dezember. Die follikulären Schwellungen geschwunden.

2. Januar. Schleimhaut abgeblaßt; kein Sekret; Urin klar; geheilt entlassen.

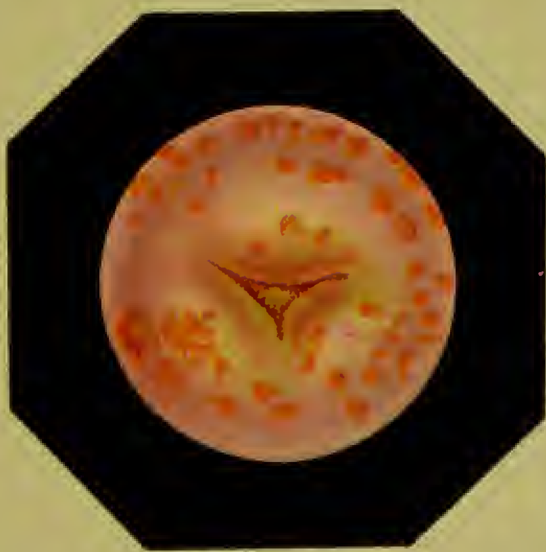
1.



2.



3.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL II.

Fig. 4. Condylomata acuminata vaginae et portionis in gravida.

Fig. 5. Condylomata acuminata.

Tafel II, Fig. 4. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

M. L., 19 Jahre alt, Handarbeiterin, gravid im 9. Monate, aufgenommen am 20. November 1881, sub Journ. Nr. 19840 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Condylomata acuminata in margine et in facie interna labii minoris utriusque; Condylomata acuminata in mucosa vaginae et portionis; Blennorrhoea vaginae.

Vaginalportion nach rückwärts gewendet, dem Grade der Gravidität entsprechend livide; auf ihr und auf der Schleimhaut der Vagina zahlreiche schrotkorn-, überbohnengroße, hellgelbrote, warzig zerklüftete, blumenkohlartige, leicht blutende Excrescenzen. An der vorderen Vaginalwand stecknadelkopfgroße Efflorescenzen. Die Vagina blaurot verfärbt. gewulstet.

9. Dezember. Transferierung in die Gebärklinik.

19. Dezember. Abgang eines etwa handtellergroßen Blutcoagulums, wahrscheinlich von der während der Geburt entstandenen Blutzyste.

25. Dezember. Condylomata mit der Schere abgetragen. Mit Lapis touchiert.

29. Dezember. Geheilt entlassen.

Tafel II, Fig. 5. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

A. H., 18 Jahre alt, aufgenommen sub Journ. Nr. 19921 am 24. November 1881 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Condylomata acuminata ad genitale et ad portionem.

An beiden Cervikallippen, namentlich an der vorderen, sitzen zahlreiche warzig zerklüftete, hellgelbrote Excrescenzen. Die meisten sind unregelmäßig konturiert, haben eine breite Basis und sind flach gedrückt und erreichen Linsengröße.

An mehreren Stellen finden sich rote, blutende Erosionen, nach Abfall spitzer Kondylome.

Kein Ausfluß aus dem Cervix.

30. November. Kondylome abgetragen; geheilt entlassen.

4.



5.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL III.

Fig. 6. Condylomata acuminata vaginae et portionis vaginalis.

Fig. 7. Ulcera aphthosa vaginae et portionis vaginalis.

Fig. 8. Ulcera aphthosa vaginae et portionis vaginalis.

Tafel III, Fig. 6. (Wenzl.)

K. P., 24 Jahre alt, Hilfsarbeiterin, aufgenommen sub Journ. Nr. 16345 am 19. Juni 1905 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Condylomata acuminata labii maioris utriusque; Condylomata acuminata portionis vaginalis et vaginae; Urethritis subacuta.

An den großen und kleinen Labien zahlreiche, zum Teil konfluierte spitze Kondylome.

Auf der Portio, und zwar zwei an der hinteren, eines an der vorderen Lippe, finden sich breit aufsitzende, etwa erbsengroße, flachen Warzen gleichende, weiße, oval begrenzte Excrescenzen, die sich härtlich anfühlen.

An der hinteren Vaginalwand eine analoge Efflorescenz.

22. Juni. Urin trüb; Gonokokken negativ. — 23. Juni. Abtragung der Kondylome mit der Schere. — 29. Juni. Urin mäßig trübe; Kondylome abgetragen; Auspinselung mit $5^{0}/_{0}$igem Protargol. — 7. Juli. Menses. — 13. Juli. Urin klar; Abtragung einiger Kondylome. — 18. Juli. Urin klar; keine Gonokokken; geheilt entlassen.

Tafel III, Fig. 7. (Wenzl.)

M. H., 17 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen am 2. November 1904, sub Journ. Nr. 27271 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Papulae lenticulares erosae in margine labii dextri maioris et minoris; Skleradenitis inguinalis; Urethritis subacuta; Ulcera aphthosa (post herpetem) portionis vaginalis et vaginae.

Rechts vom Orificium und zum Teile den rechten Anteil desselben umgebend findet sich ein schmetterlingförmiges seichtes Geschwür. Das Geschwür ist polyzyklisch konturiert, ist glatt, mit einem gelbweißen, nicht wegwischbaren fibrinösen Belag bedeckt.

Ein analoges, fast ebenso großes Geschwür findet sich im oberen Drittel der hinteren Vaginalwand.

12. November. An der Clitoris sind aus einem Herpes prae menstrualis zwei diphtheritisch belegte Geschwüre entstanden. Temperatursteigerung bis 38·9; allgemeine Abgeschlagenheit, diffuse Schmerzhaftigkeit in der Bauchgegend. — 17. November. Herpetische Geschwüre der Portio und Vagina geschwunden. — 19. November. Geheilt entlassen.

Tafel III, Fig. 8. (Wenzl.)

K. P., 16 Jahre alt, Hilfsarbeiterin, aufgenommen am 8. November 1905, sub Journ. Nr. 28288 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Bartholinitis catarrhalis bilateralis; Ulcera aphthosa vaginae et portionis.

Von der vorderen Muttermundlippe findet sich bis in den Fornix reichend ein ungefähr sanduhrförmiger, gelbweißer, matter Belag mit unregelmäßigen Rändern. Der Belag ist ganz glatt, liegt fast vollständig im Niveau der umgebenden Haut und ist sehr schwer ablösbar.

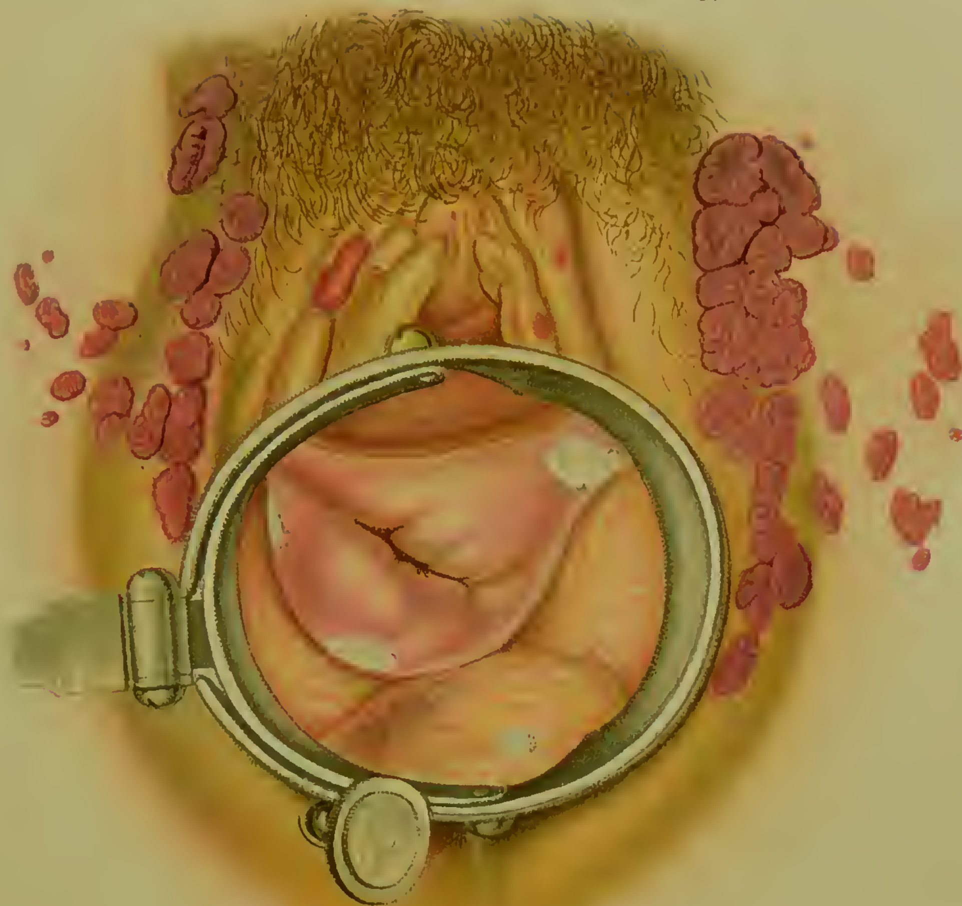
An der Vaginalschleimhaut, speziell der vorderen Wand finden sich mehrere analoge Stellen.

An anderen Orten der Schleimhaut zeigen sich unregelmäßige, gelblich matte Stellen der Schleimhaut.

Außerdem einige oberflächliche Erosionen.

Die Affektion heilte unter Bettruhe und antiseptischen Ausspülungen in kurzer Zeit. Fieberbewegungen zwischen 38 und 39° durch kurze Zeit im Beginne der Affektion.

6.



7.



8.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL IV.

Fig. 9. Ulcus venereum elevatum fornicis vaginae.

Fig. 10. Ulcera venerea elevata vaginae.

Fig. 11. Ulcera venerea vaginae in reparatione.

Tafel IV, Fig. 9. (Wenzl.)

A. K., 25 Jahre alt, Magd, aufgenommen sub Journ. Nr. 879 am 10. Januar 1904 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Ulcera venerea et in vagina; Bubonulus ad montem veneris.

Im Fornix vaginae rechts ein guldengroßer, zackig konturierter, elevierter Plaque von gelbweißer Farbe.

An der hinteren Vaginalwand mehrere kleine analoge elevierte Substanzverluste.

Am rechten großen Labium mehrere typische Ulcera venerea.

17. Januar. Am mons veneris rechts ein taubeneigroßer, von livider Haut bedeckter, fluktuierender, schmerzhafter Tumor.

18. Januar. Spaltung desselben; Entleerung von zähem, graugrünem Eiter.

19. Januar. Geschwür der Vagina sehr gebessert.

10. Februar. Die Geschwüre allenthalben in Vernarbung begriffen.

25. Februar. Geheilt entlassen.

Tafel IV, Fig. 10. (Wenzl.)

N. M., 20 Jahre alt, ohne Beschäftigung, aufgenommen sub Journ. Nr. 20193 am 10. August 1904 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Ulcera venerea elevata, partim confluentia, magnitudine 1 Krone in fornice anteriore et in pariete vaginae dextrae; Ulcera venerea in plicis analibus; Bubonulus.

Im Fornix der Vagina ein flach erhabenes Geschwür mit buchtigen Rändern. Die Basis ist feindrusig uneben, der Belag eitriggelb und schwer wegwischbar. Ein analoger, überkronengroßer, landkartenähnlicher Plaque findet sich an der rechten Vaginalwand.

17. August. Die Vaginalgeschwüre werden mit acid. carbol. zweimal touchiert. Öfters auch mit Lapislösungen und Trichloressigsäure.

23. August. Ulcera ad anum verheilt; Abszeßwunde rein; Ulcera der Vagina und Portio verheilt.

28. August. Besserung; täglich Verbandwechsel.

1. September. Geheilt entlassen.

Tafel IV, Fig. 11. (Henning.)

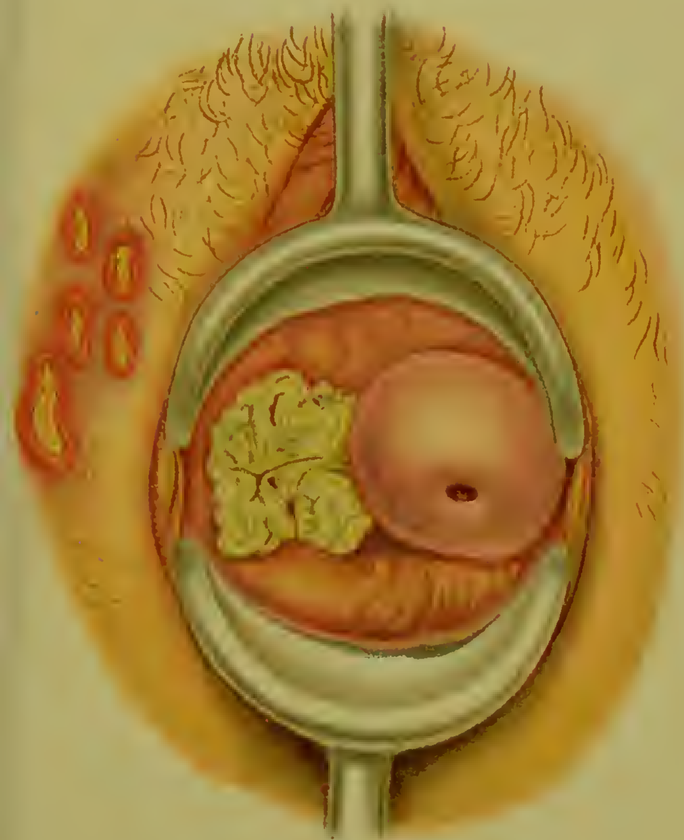
A. R., 27 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 18617 am 5. August 1904 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Ulcera venerea portionis et vaginae.

An der rechten Vaginalwand in der Nähe des Fornix finden sich drei linsengroße, zackig konturierte, seichte Substanzverluste, mit unterminierten Rändern und schmutzig graugelbem, festhaftendem Belage.

Portio siehe Fig. 12 der nächsten Tafel.

9.



10.



11.



Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien

TAFEL V.

Fig. 12. Ulcus venereum progrediens portionis vaginalis.

Fig. 13. Ulcus venereum elevatum portionis vaginalis.

Fig. 14. Ulcus venereum elevatum portionis vaginalis in reparatione.

Fig. 15. Ulcera venerea elevata portionis vaginalis.

Tafel V, Fig. 12. (Henning.)

A. R., 27 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 18617 am 20. Juli 1904 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Ulcera venerea ad portionem vaginalem dextram et vaginae; Psoriasis linguae et mucosae labiorum; Skleradenitis vetus.

An der Portio vaginalis uteri rechts findet sich ein ausgedehntes, nierenförmiges, sich auf beide Muttermundlippen, erstreckendes Geschwür.

22. Juli. Karbolverätzung, Jodoformtampon. — 5. August. Geschwüre vernarbt; geheilt entlassen. — Vaginalgeschwüre des Falles siehe Tafel IV, Fig. 11.

Tafel V, Fig. 13. (Wenzl.)

A. R., 27 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 9442 am 12. April 1904 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Ulcus venereum ad portionem vaginalem dextram magnitudine lentis; Psoriasis linguae; Skleradenitis vetus; Urethritis subacuta.

An der vorderen Cervikallippe rechts knapp neben dem Orificium ein übererbsengroßes, unregelmäßig viereckiges Geschwür mit hellgelbem, leicht wegwischbarem Belag und schmalem, intensiv rotem Saum.

14. April. Karbolverätzung, Jodoformtampon, Instillationen in die Urethra mit Lapislösungen. — 27. April. Geschwür an der Portio vernarbt; geheilt entlassen.

Tafel V, Fig. 14. (Wenzl.)

M. D., 23 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 29895 am 30. November 1904 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Ulcus venereum ad fimbrias et portionis vaginalis; Cauterisatio vulvae cum argento nitrico.

An der vorderen Muttermundlippe, in der Nähe des Fornix, findet sich ein querovales, rund begrenztes, scharf umschriebenes, etwas erhabenes Geschwür mit schmalem, hellrotem Saum. Der Grund des Geschwüres feindrusig uneben und leicht blutend. Inter fimbrias ein tiefes Ulcus molle.

1. Dezember. Vom Geschwür inter fimbrias wurden Inokulationen auf den rechten Oberarm gemacht. — 5. Dezember. Inokulationen haften. Verätzung der primären Ulcera mit Karbol. — 8. Dezember. Es sind vier kleine, vollkommen typische, flache Ulcera venerea entstanden mit spärlicher Sekretion. — 9. Dezember. Die Ulcera am Genitale verheilt. — 14. Dezember. Inokulationsgeschwüre verheilt; geheilt entlassen.

Tafel V, Fig. 15. (Wenzl.)

K. J., 16 Jahre alt, Magd, aufgenommen am 15. November 1904 sub Journ. Nr. 28459 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Ulcera venerea follicularia in margine labii maioris utriusque; Ulcera venerea ad portionem; Cystitis haemorrhagica.

An der hinteren Muttermundlippe bestehen je ein linsen- und ein hellergroßes, leicht eleviertes, scharf umschriebenes, unregelmäßig begrenztes Geschwür von gelbweißer Farbe und leicht gestichelter Oberfläche. Der Belag der Geschwüre läßt sich sehr leicht entfernen.

18. November. Adrenalininstillationen in die Blase. — 19. November. Mit dem Belag der Portiogeschwüre werden am linken Oberarm drei Inokulationen gemacht; die Ulcera am äußeren Genitale werden mit Karbolsäure verätzt. — 22. November. Es haftet nur eine Inokulation; mikroskopisch ungemein reichlicher Bazillenbefund. — 24. November. Züchtung auf Blutagar. — 25. November. Verätzung des Inokulationsgeschwüres mit Karbol. — 1. Dezember. Das Ulcus ad portionem verheilt. — 8. Dezember. Die Ulcera follicularia am äußeren Genitale mit Karbol verätzt; Heilung langsam. – 24. Januar. Geheilt entlassen.

12.



13.



14.



15.



Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

TAFEL VI.

Fig. 16. Ulcus venereum elevatum in ectropio portionis vaginalis.

Fig. 17. Ulcus venereum portionis vaginalis in syphilitica.

Fig. 18. Ulcera venerea portionis vaginalis.

Fig. 19. Ulcera venerea portionis vaginalis.

Tafel VI, Fig. 16. (Wenzl.)

R. S., 21 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen am 20. Januar 1905, sub Journ. Nr. 1856 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Ulcera venerea in margine labii maioris sinistri, circa anum et ad portionem vaginalem, praecipue labii posterioris.

Die ektropische Schleimhaut ist der Sitz eines guldengroßen Substanzverlustes, der sich nach innen in den Cervikalkanal verliert. Mit einer scharfen, bogenförmigen, von einem schmalen roten Saum begleiteten Kontur setzt sich der Substanzverlust polyzyklisch gegen seine Umgebung ab. Die Oberfläche ist feindrüsig uneben und zum Teile mit einem eiterigen, abhebbaren Belag bedeckt.

22. Januar. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Ducreysche Bazillen; Inokulationen auf den linken Oberarm erzeugen typische Ulcera venerea. — 31. Januar. Exzision eines Stückchens aus dem Ulcus an der Vaginalportion, zur histologischen Untersuchung. — 1. Februar. Karbol-Jodoformtamponade. — 3. Februar. Geschwüre am äußeren Genitale verheilt. — 10. Februar. Das Geschwür an der Portio nur zum Teile gereinigt. — 17. Februar. Geschwüre an der Portio rein granulierend; Trichloressigsäure. — 22. März. Geschwüre überhäutet; geheilt entlassen.

Tafel VI, Fig. 17. (Wenzl.)

K. J., 21 Jahre alt, Dienstmädchen, aufgenommen sub Journ. Nr. 17579 am 7. Juli 1904 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Papula rhagadiformis in labio oris superiori; Ulcus venereum in labio inferiori portionis vaginalis; Ulcera follicularia in margine lab.

Vor einem Jahre hatte Patientin eine Portiosklerose.

An der hinteren Cervikallippe findet sich ein fast guldengroßer, polyzyklisch begrenzter Substanzverlust von citriggelber Farbe, der ein wenig unter dem Niveau der umgebenden Schleimhaut liegt. Die gelbe Farbe des Geschwüres ist veranlaßt durch einen eiterigen Belag, der sich zum Teile entfernen läßt und einen leicht blutenden, feinhöckerigen, dunkelroten Geschwürsgrund sichtbar läßt.

Im eiterigen Belage Ducreysche Bazillen.

8. Juli. Inokulation mit dem Geschwürssekrete auf den linken Oberarm. — 12. Juli. An den Inokulationsstellen typische Ulcera venerea. Mikroskopisch Ducreysche Bazillen nachweisbar. — 21. Juli. Geschwüre am Genitale rein granulierend; keine Erscheinungen von Lues.

Tafel VI, Fig. 18. Ältere Abbildung der Klinik (Henning).

M. E., 29 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen am 6. November 1894, sub Journ. Nr. 21538 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Ulcera venerea ad portionem et vaginae.

An der vorderen und hinteren Cervikallippe finden sich drei ziemlich vertiefte unregelmäßig zackig konturierte Substanzverluste von Bohnen- und Hellergröße. Sie sind von aufgeworfenen, dabei unterminierten Rändern umgeben und mit einem gelbeiterigen Belage bedeckt, der sich leicht abstreifen läßt.

An der vorderen Vaginalwand ein linsengroßer, seichter, unregelmäßig begrenzter, gelbrot belegter Substanzverlust.

Die Geschwüre heilen rasch auf antiseptische Behandlung mit Spülungen und Jodoformverband.

Tafel VI, Fig. 19. (Henning.)

P. Th., 21 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen am 3. Oktober 1894, sub Journ. Nr. 19364 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Ulcera venerea in fossa naviculari et ad portionem.

An beiden Cervikallippen $^1/_4$ *cm* vom Orificium, symmetrisch gelegen und auch sonst der klinischen Beschaffenheit nach zwei analoge Substanzverluste von Erbsengröße. Dieselben sind seicht, zeigen unregelmäßige Kontur und eine grob unebene Basis, die mit einem gelben, wegwischbaren Belag bedeckt ist. Sie sind von einem lebhaft roten, entzündlichen Saum umgeben. Jodoformverband.

2. November. Geschwür in der Fossa navicularis fast ganz vernarbt, Drüsen in inguine rechts doppeltbohnengroß indolent; links taubeneigroß. Die Substanzverluste an den Cervikallippen in Überhäutung begriffen. Kopfschmerzen. Seitlich am Thorax einige rostrote Flecke. Kein deutliches Exanthem. — 7. November. Geschwüre übernarbt; geheilt entlassen.

16.



17.



18.



19.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien

Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL VII.

Fig. 20. Sklerosis erosa portionis vaginalis. Papulae lenticulares erosae vaginae.

Fig. 21. Sklerosis exulcerata portionis vaginalis.

Tafel VII, Fig. 20. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

B. F., 20 Jahre alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 14. August 1879 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Papulae erosae diphtheriticae in labiis omnibus; Sklerosis erosa portionis vaginalis; Skleradenitis inguinalis bilateralis multiplex; (erste syphilitische Erkrankung).

Um das halbmondförmige Orificium eine mit einem leicht lividen Halo versehene, über die glatte Fläche erhabene, nicht blutende Erosion; hinter derselben im hinteren Laquear und an der anliegenden Scheidenwand leicht belegte, elevierte und denen an den äußeren Genitalien gleichende Papeln.

Der Uterus leicht anteflektiert, sonst beweglich, nicht vergrößert.

An den großen und kleinen Labien diphtheritisch belegte Papeln; Drüsenschwellungen in inguine und in cubita.

21. August. Drüsenschwellung in inguine fortbestehend.

22. August. Einreibungen.

26. August. Vaginalportion abgeblaßt; Papeln größtenteils überhäutet.

2. September. E. 11. Vaginalportion in Überhäutung; aus dem Cervikalkanal ein zäher, eiteriger Pfropf.

15. September. Menses.

18. September. Vaginalportion nahezu ganz überhäutet.

26. September. Jodtinktur auf die Vaginalportion.

4. Oktober. 4 Löffel Jodkali, innerlich.

3. November. An der Vaginalportion alles verheilt.

17. November. Geheilt entlassen.

Tafel VII, Fig. 21. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

A. R, 37 Jahre alt, Bedienerin, aufgenommen am 25. Januar 1879, sub Journ. Nr. 923 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Sklerosis portionis vaginalis; Papulae elevatae per totam cutem dispersae; Skleradenitis inguinalis bilateralis; (erste syphilitische Erkrankung).

Die vordere wie die hintere Cervikallippe gegen das querspaltige von beiden Seiten eingezogene Orificium induriert, braunrot gefärbt. Über den indurierten Partien findet sich ein speckiger Belag. Die Induration betrifft zumeist die sich hervorwölbende Schleimhaut des Orificiums. Die Grenzen gegen die Umgebung sind scharf.

22. März. Der speckige Belag des Geschwüres an der Vaginalportion ist geschwunden; dieselbe zeigt blaßrötliche Granulationen, mit einem Stich ins Gelbliche. Pigmentflecke des Hautsyphilides nur an wenigen Stellen schuppend.

22. Mai. Sklerose der Vaginalportion stellenweise hämorrhagisch, stellenweise ulzerierend.

1. Juni. Vaginalportion rein granulierend, Hinterlippe sehr geschrumpft.

8. Juni. An der hinteren Wand der Vagina oberflächlich zerfallende Kontaktgeschwüre.

24. Juni. Die Geschwüre der Vagina gleichen diphtheritischen Schleimhautpapeln.

29. Juni. Einreibungskur.

7. Juli. Skorbutische Erscheinungen.

29. Juli. Ulcera der Vagina und Vaginalportion verheilt.

1. August. Geheilt entlassen.

20.



21.



Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

TAFEL VIII.

Fig. 22. Sklerosis diphtheritica portionis vaginalis.
Papulae vaginae.

Fig. 23. Skleroses exulceratae portionis vaginalis.

Fig. 24. Skleroses exulceratae vaginae et portionis vaginalis.

Tafel VIII, Fig. 22. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

A. M., 30 Jahre alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 13. Dezember 1878 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Papulae folliculares desquamantes in labio maiori utroque et in facie interna femoris utriusque; Sklerosis portionis vaginalis; Papulae vaginae; (erste syphilitische Erkrankung).

Die Vaginalportion um mehr als das dreifache vergrößert; vordere und hintere Lippe im großen Umfange erodiert, speckig belegt. Die Grenzen der Geschwürsfläche scharf. Beim Touchieren palpiert man entsprechend der Erosion eine knorpelige Härte.

An der linken Vaginalwand mehrere erbsengroße, elevierte und speckig belegte, scharf begrenzte Substanzverluste.

3. Januar. Profuse Menses. — 8. Januar. Drüsenschwellung fortbestehend; Vaginalportion stark erodiert, zerfallend, leicht blutend; Jodoformverband. — 16. Januar. Blennorrhoea urethrae; Einreibungskur. — 13. Februar. 17 Einreibungen; Vaginalportion der Vorderlippe entsprechend nahezu verstrichen, narbig sich einziehend; gegen das Orificium zu granulierend. — 27. Februar. Vaginalportion noch immer sehr hart; beide Lippen exulzerierend. — 4. März. 30 Einreibungen; Vaginalportion bis auf kleine Reste überhäutet. — 22. März. Granulationen der Vaginalportion abgeflacht, kauterisiert. — 3. April. Vaginalportion bedeutend kleiner; Vorderlippe noch excoriiert. — 10. April. Geheilt entlassen.

Tafel VIII, Fig. 23. (Henning.)

M. K., 20 Jahre alt, Magd, aufgenommen am 17. Juli 1896, sub Journ. Nr. 15564 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Sklerosis portionis vaginalis; (erste syphilitische Erkrankung).

An beiden Cervikallippen vom Orificium getrennt, zwei dem queren Orificium parallel gestellte, oberflächliche Substanzverluste mit graugelbem Belage.

Der an der Vorderlippe sitzende ist nach vorne fein wellig unregelmäßig begrenzt, ist über kreuzergroß, hat eine teils glatte, teils uneben höckerige Basis; der an der hinteren Cervikallippe sitzende ist schmäler, besteht eigentlich aus zwei konfluierten Geschwüren, ist glatter und stellenweise in Überhäutung begriffen.

Kam später mit Papulae ad genitale wieder in die Klinik.

Tafel VIII, Fig. 24. (Henning.)

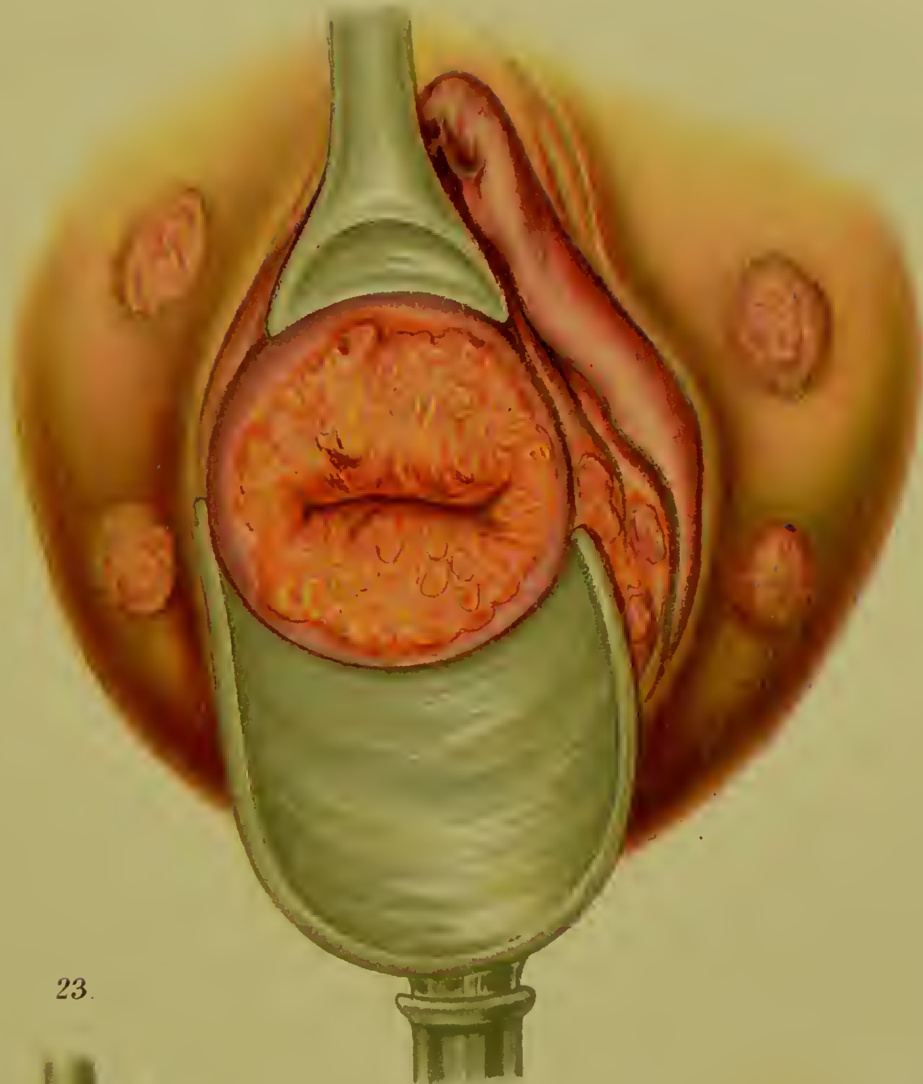
M. R., 25 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 2563, am 4. Februar 1895 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Sklerosis ad portionem; (erste syphilitische Erkrankung.)

Rechts neben dem Orificium ein wenig auch auf die hintere Lippe übergreifend, ein bohnenförmiger, über hellergroßer Substanzverlust von scharfen, runden, leicht erhabenen Rändern umgeben. An der hinteren Vaginalwand drei bohnengroße, analoge Substanzverluste.

10. Februar. Geschwür der vorderen Lippe kreuzergroß, Belag nur im Zentrum noch. Inguinaldrüsen bohnengroß. — 16. Februar. Belag vollständig abgestreift. Geschwür halbkreuzergroß, Rand überhäutet. — 26. Februar. Sklerose der Vaginalportion bläulich weiß überhäutet. Vordere Gaumenbögen umschrieben gerötet. — 7. März. Die Geschwürsnarbe der Portio flach und zart; linsengroß, sehr umschrieben. — 16. März. Geschwür vernarbt, kein Exanthem. Geheilt entlassen. — Kommt am 14. Mai in die Klinik mit Genital- und Tonsillarpapeln.

22.



23.



24.



Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

TAFEL IX.

Fig. 25. Sklerosis diphtheritica portionis vaginalis; Papula exulcerata vaginae. Oedema indurativum labii maioris sinistri.

Fig. 26. Sklerosis gangraenosa portionis vaginalis.

Tafel IX, Fig. 25. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

S. R., 26 Jahre alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 18. April 1879 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Papulae confluentes exulceratae in facie externa labii maioris sinistri oedematosi. Sklerosis portionis vaginalis. Papulae diphtheriticae exulceratae vaginae; (erste syphilitische Erkrankung).

Die ganze vordere Platte der Portio nimmt ein eleviertes Geschwür ein, dessen Grund flach und eben ist, mit Ausnahme der seichten Einkerbungen, die gegen das Orificium von beiden Seiten her und von der Vorderlippe hinziehen. Der Grund des Geschwüres ist durchwegs speckig belegt, der Rand sehr scharf und leicht wellig konturiert.

An der hinteren Wand der Vagina findet sich ein ovaler, scharf begrenzter, bohnengroßer, speckig belegter, glatter, plateauartig erhabener Substanzverlust von einem dunkelbraunroten Saum umgeben.

Das linke große Labium indurativ-ödematös geschwollen, am rechten erodierte Papeln, am Stamme ein pustuloses Syphilid.

29. April. Karbolverband, Ausspülungen.

4. Mai. Sklerose an der Vaginalportion noch immer speckig belegt an der erhabenen Stelle links bis zum Orificium; das übrige Geschwür bereits rein granulierend.

11. Mai. Am linken Unterschenkel ein sich vergrößernder Ekthymaknoten.

19. Mai. Sklerose der Vaginalportion rein granulierend, vom Rand her vernarbend mit einer deprimierten Narbe.

24. Mai. Die meisten Papeln überhäutet ein Teil der Portiosklerose wird exzidiert.

31. Mai. Einreibungen.

5. Juni. Vaginalportion rein granulierend.

26. Juni. Vaginalportion bedeutend verkleinert; am Orificium noch eine kleine, erbsengroße Granulation.

26. Juli. Geheilt entlassen.

Tafel IX, Fig. 26. (Henning.)

A. M., 32 Jahre alt, Wäscherin, aufgenommen am 5. Oktober 1894 sub Journ. Nr. 19189 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Sklerosis ad labium minus dextrum, Sklerosis portionis vaginalis; (erste syphilitische Erkrankung).

Auf beiden Cervikallippen je ein scharf begrenzter, halbguldengroßer, symmetrisch zum Orificium gelegener, ziemlich vertiefter und mißfarbig graugelb belegter Substanzverlust, der unmittelbar in den klaffenden Muttermund übergeht, aus welchem sich dicker, gelber Eiter entleert. Die Basis des Substanzverlustes ist glatt, der Belag nur schwer entfernbar.

An der Innenfläche des rechten kleinen Labiums eine typische, erodierte Sklerose von Erbsengröße.

2. November. Das Geschwür am Labium vernarbt, Geschwüre an der Portio granulierend, Belag weniger dicht, Umfang der Geschwüre vergrößert.

10. November. Ausbruch eines maculösen Exanthems. Einreibungen.

1. Dezember. Geheilt entlassen, ohne Zeichen von Lues.

25.



26.



Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

TAFEL X.

Fig. 27. Sklerosis diphtheritica vaginae et portionis vaginalis.

Fig. 28. Skleroses erosae portionis vaginalis.

Fig. 29. Sklerosis erosa portionis vaginalis.

Tafel X, Fig. 27. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

B. A., 22 Jahre alt, Magd, aufgenommen am 9. Juni 1879, sub Journ. Nr. 9819 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Sklerosis portionis vaginalis.

Das querspaltige Orificium, dessen Rand nicht sehr scharf markiert erscheint, ist an beiden Seiten, namentlich links, narbig eingezogen. An der Vorderlippe, etwas nach links, hart am Orificium befindet sich eine scharf umschriebene, leicht elevierte Sklerose mit einer zumeist diphtheritisch belegten, stellenweise mit kleinen Hämorrhagien versehenen Oberfläche. Beim Touchieren läßt sich in der geschwollenen Vaginalportion ganz deutlich der knorpelharte Knoten abgrenzen.

An der Innenfläche der rechten kleinen Schamlippe eine erodierte Sklerose; eine kleinere diphtheritisch belegte, knorpelig sich anfühlende Sklerose in der Mitte der rechten Vaginalwand.

19. Juni. Einzelne Papeln treten am Stamme auf. — 26. Juni. Exzision der Sklerose. — 12. Juli. Am Stamme ein maculöses Syphilid. — 17. Juli. Vaginalportion an der Schnittfläche rein granulierend. — 20. Juli. Einreibungen. — 12. August. An Stelle der exzidierten Sklerose eine deprimierte Narbe. Geheilt entlassen.

Tafel X, Fig. 28. (Wenzl.)

K. R., 31 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 27659 am 29. November 1900 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Skleroses portionis vaginalis Nr. II. et fornicis; Exanthema maculosum; papulae lenticularis faciei; (erste syphilitische Erkrankung).

Um das Orificium annähernd konzentrisch und kreisförmig findet sich eine lebhaft rote, sehr scharf begrenzte, glatte, erodierte Efflorescenz im Niveau der übrigen Schleimhaut.

Durch einen schmalen, normalen Schleimhautstreifen geschieden findet sich rechts oben gegen das Scheidengewölbe zu eine analoge kreisrunde Effloreszenz von Kreuzergröße. Kein Cervikalkatarrh.

5. Dezember. Die Geschwüre an der Portio zeigen weniger Belag. — 10. Dezember. Portio nahezu glatt, zeigt nur mehr fleckige Rötung. — 19. Dezember. Portio ringsum um das Orificium vollständig überhäutet. Rechts im Fornix, wo die Sklerose war, ist auch die Überhäutung fast vollständig vollzogen, bis auf einen halblinsengroßen Fleck. — 21. Dezember. Geheilt entlassen.

Tafel X, Fig. 29. (Wenzl).

J. K., 19 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 2247 in das Zimmer Nr. 74, am 25. Januar 1904.

Diagnose: Sklerosis portionis vaginalis; Sklerosis ad labium minus sinistrum; (erste syphilitische Erkrankung).

Das Orificium uteri liegt exzentrisch innerhalb eines über guldengroßen, scharf von der normalen Schleimhaut abgesetzten, sehr seichten Geschwüres. Die Basis des Geschwüres ist glatt, gesprenkelt, düsterrot und gelb gefärbt, nicht blutend. Am linken kleinen Labium zwei erodierte, braunrote, derbe Infiltrate. Inguinaldrüsen beiderseits multipel bis Bohnengröße geschwollen.

3. Februar. Ausbruch eines maculösen Exanthems, Einreibungen, graue Kugeln. — 23. Februar. Wird mit 20 Einreibungen geheilt entlassen. — Kommt am 3. Dezember 1904 wieder zur Aufnahme mit Syphilisrezidive; Portio zeigt keine Veränderung.

27.

28.



29.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL XI.

Fig. 30. Sklerosis diphtheritica portionis vaginalis.

Fig. 31. Sklerosis exulcerata diphtheritica portionis vaginalis.

Fig. 32. Sklerosis exulcerata vaginae.

Tafel XI, Fig. 30. (Wenzl.)

K. F., 25 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 29467, am 9. Dezember 1903 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Sklerosis labii maioris sinistri; Sklerosis portionis vaginalis; (erste syphilitische Erkrankung).

Das Orificium ist umgeben von einem landkartenähnlich begrenzten, seichten Substanzverlust, der sich mit einer breiten Partie assymmetrisch auf die rechte Seite der vorderen Muttermundlippe fortsetzt. Er ist glatt und von einem grauweißen, festhaftenden Belage gedeckt.

Inguinaldrüsen beiderseits stark vergrößert.

13. Dezember. Ein neues Geschwür an der vorderen Cervikallippe der Portio, das frühere hat sich ausgebreitet. — 16. Dezember. Auf der Portiosklerose ein schmieriger, mißfarbiger Belag; wird mit $H_2 O_2$ touchiert. — 5. Januar. Tampons mit grauer Salbe. — 12. Januar. Portio reinigt sich. — 21. Januar. In Vernarbung begriffen. — 23. Januar. Geheilt entlassen.

Tafel XI, Fig. 31. (Wenzl.)

St. K., 18 Jahre alt, Magd, aufgenommen am 12. Januar 1905, sub Journ. Nr. 1147 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Papulae lenticulares incipientes in trunco; Sklerosis necrotica ad ostium glandulae Bartholianae; Sklerosis cicatrisata in labio superiori portionis vaginalis; (erste syphilitische Erkrankung).

An der vorderen Muttermundlippe findet sich ein kreuzergroßes, seichtes, fast kreisrundes, scharfbegrenztes Geschwür, mit gelbweißem, festhaftendem Belag. Der Grund ist glatt und blutet nicht auf Berührung. Die angrenzenden Schleimhautpartien sind braunrot verfärbt. Inguinaldrüsen nicht vergrößert.

17. Januar. Auf die Portiosklerose Sublimatalkohol, auf die Sklerose am linken Labium minus graue Salbe. — 22. Januar. Rhagade am rechten Mundwinkel; Exanthem unverändert. — 25. Januar. Das kleinpapulöse Syphilid in Involution. An Stelle der Portiosklerose eine seichte, scharf umgrenzte, braunrote Erosion. — 30. Januar. Die Sklerosen vollkommen verheilt. — 3. Februar. Parametritis. — 8. Februar. 21 Einreibungen; die lentikulären Papeln im Rückgang. — 14. Februar. Keine Erscheinungen von Lues. — 18. Februar. Geheilt entlassen.

Tafel XI, Fig. 32. Ältere Abbildung der Klinik (Henning).

M. T., 29 Jahre alt, Magd, aufgenommen sub Journ. Nr. 3648 am 19. Februar 1894 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Sklerosis portionis vaginalis et vaginae; Exanthema papulosum; Psoriasis plantaris, Papul. mucos. oris.; Alopecia specifica; (erste syphilitische Erkrankung).

An der vorderen Cervikallippe ein scharf begrenztes, kreuzergroßes, glattes, braunrotes Geschwür. Im linken Scheidengewölbe ein flaches, rundes, über kreuzergroßes Geschwür mit scharf begrenzter, braunroter Umrandung und gelblich belegtem Grunde.

Am Stamme ein kleinpapulöses Exanthem; besonders an der Stirne. Cubitaldrüsen nicht vergrößert, Inguinaldrüsen bohnengroß, multipel.

5. März. Nach 5 Einreibungen Geschwür der Vagina und Portio granulierend, leicht blutend. Exanthem im Rückgang. — 7. März. Geschwür an der Portio unverändert. — 11. März. Geschwüre der Vagina bedeckt mit festhaftendem Belage. — 28. März. Nach 28 Einreibungen sind die Geschwüre der Portio und Vagina zu zwei Dritteln überhäutet. — Im September 1894 kommt die Patientin wieder in die Klinik mit Iritis, Leukoderma und Papulae vaginae. — 27. September. Im unteren Drittel der vorderen Vaginalcolumne eine diffuse, glänzende, braunrote Verfärbung, woselbst die Schleimhaut auf Berührung leicht blutet und da und dort mit einem graugelben Belag versehen ist.

30.



31.



32.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL XII.

Fig. 33. Exanthema maculo-papulosum portionis vaginalis.

Fig. 34. Papulae lenticulares partim confluentes portionis vaginalis.

Fig. 35. Papulae lenticulares partim erosae portionis vaginalis.

Tafel XII, Fig. 33. (Wenzl.)

C. M., 21 Jahre alt, Magd, aufgenommen sub Journ. Nr. 18066 am 13. Juli 1904 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Papulae ad genitale; Exanthema maculosum; Exanthema maculo-papulosum portionis vaginalis; (erste syphilitische Erkrankung).

An der hinteren Cervikallippe, nur rechts ein wenig auf die vordere übergreifend, finden sich zahlreiche stecknadelkopf- bis hanfkorngroße violettrote Flecke. Die Oberfläche ist intakt, glatt; einige wenige ragen ein wenig über das Niveau empor.

Um das Orificium konzentrisch verlaufend findet sich ein 2 *mm* breites, violettrotes Band.

Keine Cervicitis.

Unter Einreibungen verschwindet das Exanthem der Portio sowie das das Stammes allmählich spurlos.

Am Halse bleibt ein Leukoderma bestehen.

22. Juli. Geheilt entlassen.

Tafel XII, Fig. 34. (Wenzl.)

B. B., 21 Jahre alt, Näherin, aufgenommen sub Journ. Nr. 5090 am 25. Februar 1903 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Papulae ad genitale; Papulae ad portionem; Roseola; (unbehandelte Syphilis, Krankheitsdauer $^1/_2$ Jahr).

An der vorderen Muttermundslippe mehrere zum Teile zu polyzyklischen unregelmäßigen Figuren konfluierte, braunrote, flach erhabene und zum Teile erodierte, ganz glatte Efflorescenzen bis zu Erbsengröße. An der hinteren Lippe außerdem in der Nähe des Orificiums eine ringförmige, flach erhabene, blasse, braunrote Efflorescenz von Bohnengröße.

3. März. Papeln allenthalben in Überhäutung begriffen. Exanthem geschwunden.

9. März. Nach 15 Einreibungen geheilt entlassen.

Tafel XII, Fig. 35. (Wenzl.)

A. J., 19 Jahre alt, Dienstmagd, aufgenommen am 23. Mai 1903, sub Journ. Nr. 13172, in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Papulae ad genitale et ad portionem; Urethritis. (Im Oktober 1902. Papulae ad genitale et tonsillas.)

Das Orificium ist umgeben von einem kreuzergroßen, polyzyklisch kontourierten, flach erhabenen und wenig erodierten Plaque von braunroter Farbe.

An der vorderen Cervikallippe finden sich kreisrunde, scharf begrenzte und flach erhabene, stellenweise zentral erodierte Papeln. Am kleinen Labium erodierte Papeln.

Aus der Urethra auf Druck eiteriges Sekret.

Einreibungen; Instillationen in die Harnröhre.

17. Juni. 24 Einreibungen. Alle Erscheinungen von Syphilis geschwunden. Geheilt entlassen.

33.



34.



35.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL XIII.

Fig. 36. Papulae lenticulares erosae, partim confluentes vaginae et portionis vaginalis.
Papulae erosae ad genitale.

Tafel XIII, Fig. 36. (Wenzl.)

B. C., 27 Jahre alt, Bedienerin, aufgenommen sub Journ. Nr. 5792 am 4. März 1903 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Papulae erosae ad genitale; Exanthema papulosum ad portionem et vaginae. (Bisher unbehandelte Syphilis; Krankheitsdauer $^3/_4$ Jahre.)

An der vorderen Cervikallippe finden sich linsen- bis erbsengroße, kreisrund begrenzte, flach erhabene, scharf begrenzte, dunkelrote Papeln, von normaler Schleimhaut umgeben. Die Oberfläche der Efflorescenzen ist glatt, nicht belegt, nur bei vereinzelten Efflorescenzen erodiert; die Konsistenz bei leichter Berührung ist etwas derber als die Umgebung. Auf der Vaginalschleimhaut, namentlich an der vorderen Vaginalwand ganz analoge Efflorescenzen.

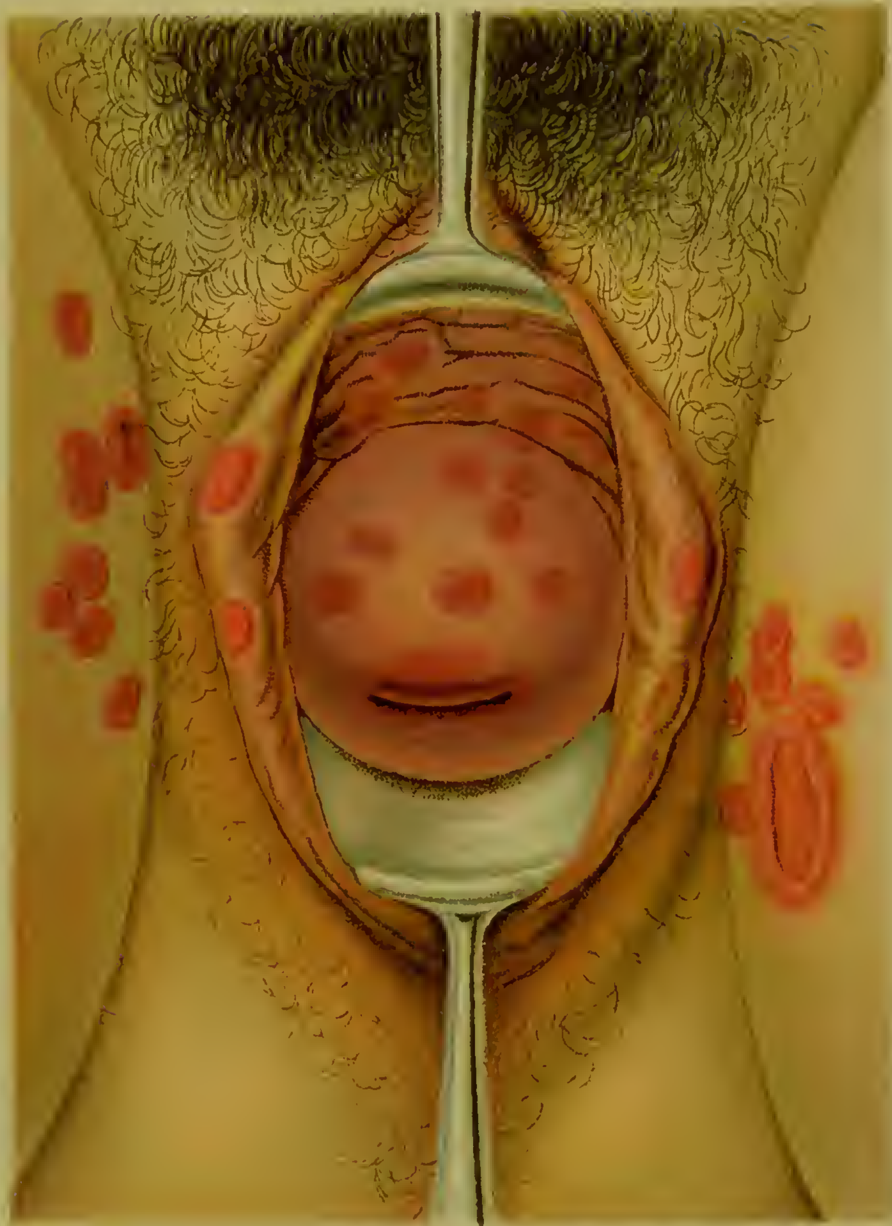
An der Innenseite der Oberschenkel und an den kleinen Schamlippen lentikuläre Papeln in den verschiedensten Größen und Entwicklungsstadien.

An der vorderen Thoraxwand blaß livide Flecke.

8. März. Rechte Tonsille vergrößert, zerklüftet. Inguinaldrüsen multipel haselnußgroß.

24. März. Nach 10 Einreibungen die Efflorescenzen der Portio und Vagina bereits in Involution begriffen; geheilt entlassen.

36.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien
Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL XIV.

Fig. 37. Papulae lenticulares portionis vaginalis.

Fig. 38. Papula diphtheritica in sklerosi portionis vaginalis.

Fig. 39. Papula exulcerata portionis vaginalis.

Fig. 40. Papula hypertrophica et exulcerata post sklerosim portionis vaginalis.

Tafel XIV, Fig. 37. (Wenzl.)

A. B., 27 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 15250 am 11. Juni 1904 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Papulae lenticulares erosae in margine labiorum; Erosio circumscripta cum marginibus serpiginosis in labio superiori portionis vaginalis; Papula diphtheritica ad labium superius portionis vaginalis. (Bisher unbehandelte Syphilis.)

Das Orificium umgeben von einem kreuzergroßen, gelb belegten, leicht elevierten und scharf begrenzten Substanzverluste, der ohne Grenze in den Muttermund übergeht. An der vorderen Muttermundslippe sitzen mehrere hanfkorn- bis erbsengroße, flache, braunrote, kreisrunde Efflorescenzen, deren Oberfläche zum Teile erodiert ist.

17. Juni. 3 Einreibungen. — 25. Juni. 11 Einreibungen. — 29. Juni. Psoriasis plantaris bilateralis. — 1. Juli. 18 Einreibungen. Beginnende Papeln an den Tonsillen. — 11. Juli. 30 Einreibungen. Papeln im Verteilen begriffen. — 16. Juli. Erscheinungen von Lues bis auf die Gesichtseffloreszenzen geschwunden. Geheilt entlassen.

Tafel XIV, Fig. 38. (Wenzl.)

M. G, 32 Jahre alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 11. Januar 1905, sub Journ. Nr. 1024 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Sklerosis exulcerata ad commissuram posteriorem: Skleradenitis inguinalis; Fistula recto-vaginalis; erste syphilitische Erkrankung.

Das Orificium ist umgeben von einer guldengroßen, größtenteils überhäuteten, braunroten Schleimhautpartie, dem Rest einer Portiosklerose. Darauf sitzt an der vorderen Cervikallippe links, aber überall von braunrot gefärbter Schleimhaut umgeben, ein kreuzergroßer, kreisrunder, scharf begrenzter, weißgrauer, glatter und flach erhabener Plaque.

12. Jan. An der Mündungsstelle der Rectovaginalfistel, unweit der hinteren Kommissur, ein fast kreuzergroßer, speckig belegter Substanzverlust. — 14. Jan. Die Drüsen in inguine auf Druck weniger schmerzhaft. — 20. Jan. Das Geschwür fast gereinigt. — 27. Jan. Seit einigen Tagen besteht in der linken Hälfte der Vorderlippe der Vaginalportion ein über kreuzergroßer, runder Substanzverlust von grauweißer Farbe. Am Stamm und an den Extremitäten spärliche, lentikuläre, braunrote Efflorescenzen. — 31. Jan. Schmierkur. — 3. Febr. Der linke Substanzverlust der Portio größer, auch an der gegenüberliegenden Lippe erscheint ein neues Ulcus. — 10. Febr. Die Ulcera der Portio deutlicher; ein drittes diphtheritisch belegtes Ulcus zeigt sich an der hinteren Lippe. — 14. Febr. Schmerzhaftigkeit in der Ileosacralgegend. Gynäkologische Untersuchung ergibt: Perimetritis, wird transferiert.

Patientin kommt im Mai wieder auf die Klinik mit Rezidivsyphilis und einer ausgedehnten Leucoplakia portionis.

Tafel XIV, Fig. 39. (Wenzl.)

L. R., 16 Jahre alt, Magd, aufgenommen sub Journ. Nr. 29353 in das Zimmer Nr. 74 am 24. November 1904.

Diagnose: Maculae minores pallidae in cute trunci; Papulae lenticulares ad genitale; Papulae exulceratae labii anterioris portionis vaginalis; (unbehandelte Syphilis).

An der vorderen Cervikallippe ein ovaler, über haselnußgroßer, ganz oberflächlicher Substanzverlust. Der Substanzverlust ist glatt, dick, gelb belegt, der Belag schwer abstreifbar.

Die Farbe der intakten elevierten Schleimhautpartie ist dunkelbläulich rot.

Keine Cervicitis.

27. Nov. Harndrang, Brennen beim Urinieren, Urethritis. — 6. Dez. Einreibungen. — 9. Dez. Exanthem reichlicher und deutlicher hervorgetreten. — 22. Dez. An der Vorderlippe der Portio tritt das eingangs beschriebene Geschwür auf. Eine leicht gestichelte, hellergroße Fläche. — 23. Dez. Das Geschwür scharfrandig, diphteroid belegt. — 30. Dez. Zahnfleisch stark geschwollen. Stomatitis. — 1. Jan. 1905. Das Geschwür an der Portio ist überhäutet, der Hof in der Umgebung fast vollständig geschwunden. — 5. Jan. Mit 30 Einreibungen geheilt entlassen.

Tafel XIV, Fig. 40. (Wenzl.)

F. M., 18 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen am 20. November 1901, sub Journ. Nr. 26975 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Sklerosis portionis vaginalis; Exanthema maculosum; Papulae mucosae oris; (unbehandelte Syphilis. Krankheitsdauer 3 bis 4 Monate).

Durch das Orificium wird ein kronengroßer, elevierter Plaque in zwei nahezu gleiche Teile geteilt, die sich halbkreisförmig auf beiden Cervikallippen begrenzen. Die Oberfläche ist glatt, grauweiß belegt, mit einzelnen roten Punkten und Flecken versehen. Der Plaque setzt sich direkt in das Orificium fort.

25. Nov. Portiosklerose bis auf ein kleines Geschwürchen im Zentrum überhäutet. — 27. Nov. Exanthem blässer. — 7. Dez. Geheilt entlassen. — Wieder aufgenommen am 12. Febr. 1902 mit Leukoderma, Roseola und Papula portionis. — 13. Febr. Inguinaldrüsen beiderseits bohnengroß; an der Portio die oben beschriebene Affektion. — 22. Febr. Nach 10 Einreibungen sind die Erscheinungen geschwunden; geheilt entlassen.

37.



38



39.



40.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL XV.

Fig. 41. Papulae hypertrophicae diphtheriticae in ectropio portionis vaginalis. Papulae exulceratae vaginae.

Fig. 42. Papulae exulceratae diphtheriticae portionis vaginalis.

Tafel XV, Fig. 41. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

A. E., 26 Jahre alt, Magd, aufgenommen am 29. August 1878 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Papulae exulceratae et elevatae ad genitale; Papulae c. margine elevata in mucosa vaginae et portionis vaginalis; Skleradenitis inguinalis; (erste Erkrankung Oktober 1877 mit Papulae ad genitale; zweite syphilitische Erkrankung gegenwärtig).

Um das Orificium, begrenzt durch die Einkerbungen, dreieckige, elevierte Geschwüre. Das im Zentrum zusammenfließende Geschwür hat einen scharfen, steil abfallenden, aus mehreren Halbkreisen zusammengesetzten Rand und einen speckigen, wenig sezernierenden, einen Stich ins Gelbliche zeigenden Grund. Aus dem Orificium quillt eine mäßige Menge eines zähen, glasigen Schleimes.

An der seitlichen Vaginalwand rechts mehrere bohnengroße exulzerierte, mit elevierten Rändern versehene, scharf begrenzte Substanzverluste.

24. September. Papeln der Vagina abgeflacht, in Überhäutung.

Die Vaginalportion in großem Umfange mit weißlich schimmernden Narben bedeckt und immer noch um das Orificium exulzeriert. Einreibungen.

3. Oktober. Papeln in der Vagina rückgängig

15. Oktober. Papeln der Vaginalportion überhäutet, dieselbe noch geschwollen.

29. Oktober. Vaginalportion ist zwar überhäutet, doch nicht geschrumpft.

3. November. Blennorrhoea urethrae; Zinkinjektionen.

5. November. Menses. Über dem ganzen Körper reichlich hervortretende, schuppende Effloreszenzen.

12. November. 16 Einreibungen.

5. Dezember. Vaginalportion noch immer sulzig geschwollen. Jodtinktur.

7. Januar. Vaginalportion überhäutet; Orificium leicht sezernierend, gerötet; geheilt entlassen.

Tafel XV, Fig. 42. Ältere Abbildung der Klinik (Heitzmann).

D. E., 18 Jahre alt, aufgenommen am 28. Mai 1880 in das Zimmer Nr. 74.

Diagnose: Papulae lenticulares hinc. inde erosae in plica genito crurali, in labio maiori utroque in perineo et circa anum; Maculae lividae in trunco; Papulae portionis vaginalis; (erste syphilitische Erkrankung).

An der hinteren Lippe der Vaginalportion in einem Kreise stehend, elevierte linsen- bis erbsengroße diphtheritische Papeln. Rechts davon und am Orificium je eine kleinere analoge Papel, eine übererbsengroße an der Vorderlippe.

Die obere Hälfte der Vaginalwand, namentlich im vorderen Laquear, ist der Sitz analoger Effloreszenzen.

Abgeblaßtes maculöses Exanthem am Stamm, lentikuläre Papeln in der Genitalregion.

31. Mai. Jodoformspray und Verband.

1. Juni. Papeln an der Vaginalportion rein granulierend.

4. Juni. Papeln der Vagina zum Teile überhäutet, zum Teile diphtheritisch; P. in Menstruatione.

6. Juni. Papeln an der Vaginalportion nehmen an Ausdehnung zu, speckig belegt; P. schwillt an.

23. Juni. 13 Einreibungen; Vaginalportion abgeschwollen; Geschwüre an derselben verheilt.

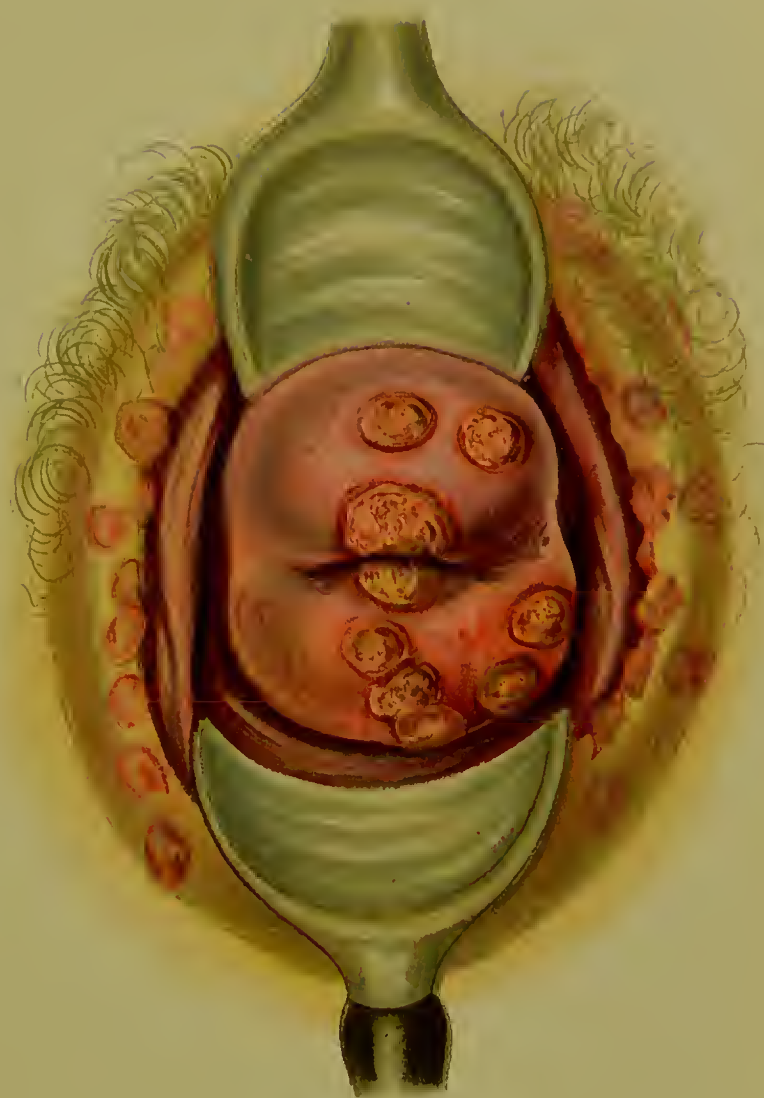
17. Juli. Formen der Syphilis bis auf ein Geschwür in vestibulo verheilt.

6. September. Geheilt entlassen.

41.



42.



Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig. Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

TAFEL XVI.

Fig. 43. Gumma exulceratum in prolapsu portionis vaginalis.

Tafel XVI, Fig. 43. (Wenzl.)

S. A., 61 Jahre alt, Näherin, aufgenommen am 3. Februar 1904, sub Journ. Nr. 3008 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Gummata genus, portionis vaginalis; Cicatrices post gummata palati mollis; Prolapsus uteri. (Unbehandelte Syphilis; Anamnese, bezüglich Syphilis negativ).

Der Uterus prolabiert. An der vorderen Cervikallippe mehr rechts vom Orificium ein nierenförmiger Substanzverlust, dessen Konkavität dem Orificium uteri zugekehrt ist. Die Basis des Geschwüres ist kleinhöckerig, zum Teile speckig belegt. Die das Geschwür umgebende Schleimhaut ist blaß, mehr bläulichweiß; des Orificium cervicis ist vom Geschwür durch eine 3 *mm* breite Epithelbrücke geschieden.

Über dem rechten Knie ein typisches Gumma exulceratum.

Am weichen Gaumen Narben nach Gummen.

10. Februar. Die histologische Untersuchung einer exzidierten Randpartie des Portiogeschwüres ergibt typische gummöse Verhältnisse. Einreibungen.

14. Februar. Auf das Geschwür über der Patella kommt graue Salbe; Reinigung. Das Gumma der Portio beginnt zu überhäuten.

23. Februar. Die Gummen der Haut und der Portio verkleinern sich rasch.

7. März. 30 Einreibungen; geheilt entlassen.

43.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.
Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

TAFEL XVII.

Fig. 44. Gumma fluctuans labii anterioris et exulceratum labii posterioris portionis vaginalis.

Fig. 45. Gummata exulcerata partim cicatrisantia portionis vaginalis.

Tafel XVII, Fig. 44. Ältere Abbildung der Klinik (Henning). Ein von Hofrat v. Neumann beobachteter Fall.

Diagnose: Gummata portionis vaginalis.

Die vordere Cervikallippe ist ein nußgroßer fluktuierender Tumor, der von verdünnter, zentral gelblich durchschimmender Schleimhaut bedeckt ist.

An der hinteren Cervikallippe ein kreuzergroßer, tiefer Substanzverlust mit speckigem Belage; von weithin unterminierten, scharfen Rändern umgeben, die wie mit dem Locheisen ausgestanzt erscheinen.

Auf antiluetische Behandlung Heilung.

Tafel XVII, Fig. 45. Ältere Abbildung der Klinik (Henning).

M. B., 30 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 1930, am 25. Januar 1895 in das Zimmer Nr. 76. Dieselbe Patientin, von der die Fig. 46 stammt, 4 Monate später.

Diagnose: Gumma ad portionem; Cicatrices post gummata cutanea.

An der vorderen Cervikallippe, etwas links vom Orificium findet sich eine halbkreuzergroße, bläulichweiße, scharf umschriebene, flache Narbe. Dieselbe zeigt ein sichelförmiges, schmales Geschwür in ihrer Mitte. Die exulzerierte Narbe ist vom Cervikalkanal durch eine gewulstete rote Zone normaler Schleimhaut getrennt. An der vorderen Cervikallippe rechts gegen den Fornix ein bohnengroßes, scharfrandiges, von steil abfallenden Rändern umgebenes, graubraun belegtes Geschwür.

29. Januar. Jodkali.

18. Februar. Geschwür an der Portio bis auf eine linsengroße, flache, rotbraune, keinen Belag zeigende Stelle übernarbt. Narbe bläulichweiß.

44.



45.



Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig. Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

TAFEL XVIII.

Fig. 46. Gummata exulcerata in reparatione vaginae et portionis vaginalis.

Fig. 47. Gumma exulceratum vaginae.

Tafel XVIII, Fig. 46. Ältere Abbildung der Klinik (Henning).

M. B., 29 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen am 9. Oktober 1894, sub Journ. Nr. 19445 in das Zimmer Nr. 76.

Diagnose: Gumma fornicis vaginae et portionis; Gummata cutanea. (Februar 1887. Papulae ad genitale, Januar 1890. Leukoderma, Oktober 1894. Gumma portionis.)

Links neben dem Orificium, noch an der vorderen Cervikallippe ein bohnengroßes, scharfrandiges, nierenförmiges Geschwür, das die konkave Seite dem Orificium zuwendet. Die Basis des Substanzverlustes ist glatt, braunrot; die Ränder sind bläulichweiß und steil.

Im Fornix vaginae vorne und links ein ebenso großes, seichteres, sonst analog beschaffenes Geschwür.

An der Haut mehrere zerfallene Gummata cutanea und pigmentierte Narben nach Papeln.

25. Oktober. Gummata der Portio und Vagina überhäutet; Jodkaligebrauch.

27. Oktober. Geheilt entlassen.

Tafel XVIII, Fig. 47. (Wenzl.)

K. J., 30 Jahre alt, Prostituierte, aufgenommen sub Journ. Nr. 31844 am 26. Dezember 1904 in das Zimmer Nr. 75.

Diagnose: Ulcus gummosum parietis posterioris vaginae. (Vor 3 Jahren 25 Einreibungen wegen eines Ausschlages und Nasengeschwüres.)

Im unteren Abschnitte der hinteren Vaginalwand besteht ein überkronengroßer Substanzverlust; die Ränder desselben sind scharf umschrieben, steil abfallend und fühlen sich mäßig derb an. Der Geschwürsgrund ist uneben, mit geringer Eitermenge bedeckt, leicht zerklüftet und reicht ziemlich tief in die Submucosa hinein. Keine Entzündungserscheinungen in der Umgebung, aus der das Geschwür wie mit dem Locheisen ausgestanzt erscheint. Zur Entscheidung der Frage Gumma? — Carcinom? — Ulcus venereum? Jodnatrium und Borvaselin.

13. Januar. Das Geschwür um ein Drittel seines Umfanges größer, reicht etwas mehr in die Tiefe; mäßig derbe Ränder.

20. Januar. Drei halbe Hg. salicylicum-Injektionen; das Geschwür an der hinteren Vaginalwand etwas gereinigt.

23. Januar. Das Geschwür gereinigt, die. Basis weniger zerklüftet.

3. Februar. Sechs halbe Hg. salicylicum-Injektionem; Geschwür rein, granulierend.

17. Februar. 11 Hg. salicylicum-Injektionen. Das Ulcus bis auf eine linsengroße Stelle überhäutet.

21. Februar. Geheilt entlassen.

46.



47



Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig. Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

TAFEL XIX.

Vergleichstafel aus J. Heitzmanns „Spiegelbilder der Vaginalportion".

Fig. 48. Erosio papillaris.

Fig. 49. Erosio follicularis.

Fig. 50. Erosio simplex.

Fig. 51. Ectropium.

48.



Erosio papillaris

49.



Erosio follicularis

50.



Erosio simplex

51.



Ectropium

Verlag von Franz Deuticke in Wien und Leipzig.

Lith.Anst.v.Th.Bannwarth,Wien.

49